

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

ZUR PFLEGERISCHEN VERSORGUNG
ÄLTERER MIGRANTEN IN ÖSTERREICH:
Herausforderungen für eine kultursensible
Beratung von älteren Migrantinnen und Migranten
mit besonderer Berücksichtigung von Menschen
aus dem ehemaligen Jugoslawien

Verfasserin

Herta Ziegelwanger

Angestrebter akademischer Grad

Magistergrades der Philosophie

Wien, 08.10.2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

MMag. Dr. Ilsemarie Walter

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| Zusammenfassung | 1 |
| Abstract | 2 |
| 1 Vorwort | 4 |
| 2 Einleitung | 5 |
| 3 Begriffsdefinitionen | 8 |
| 3.1 Der Kulturbegriff | 8 |
| 3.1.1 <i>Kultur</i> | 8 |
| 3.1.2 <i>Multikulturell – Interkulturell - Transkulturell</i> | 10 |
| 3.1.3 <i>Kultursensibilität</i> | 12 |
| 3.2 Migration | 13 |
| 3.3 Beratung | 15 |
| 4 Migration in Österreich | 18 |
| 4.1 Ursachen und Formen der Migration | 18 |
| 4.2 Gesetzliche Grundlagen in Österreich | 20 |
| 4.3 Statistische Daten | 21 |
| 4.3.1 <i>Geburtsland und Staatsangehörigkeit der Migranten</i> | 22 |
| 4.3.2 <i>Regionale Verteilung der Migranten auf die Bundesländer</i> | 24 |
| 4.3.3 <i>Altersstruktur der Migranten</i> | 27 |
| 4.3.4 <i>Umgangssprache der Migranten</i> | 30 |
| 4.3.5 <i>Bildungsniveau der Migranten</i> | 32 |
| 4.3.6 <i>Religionsbekenntnis der Migranten</i> | 36 |
| 5 Migration und Gesundheit | 38 |
| 5.1 Migration als Problem der Gesundheitsversorgung | 39 |
| 5.1.1 <i>Kulturspezifische Deutung von Krankheit und Krankheitsursache</i> . | 42 |
| 5.1.2 <i>Zugangsbarrieren des Gesundheitssystems für Migranten</i> | 46 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 5.2 | Gesundheitsverhalten von Migranten | 49 |
| 5.3 | Gesundheitsprobleme der Migranten..... | 52 |
| 5.4 | Lebenslagen älterer Migranten in Österreich | 55 |
| 5.4.1 | <i>Wohnsituation</i> | 57 |
| 5.4.2 | <i>Einkommensverhältnisse</i> | 60 |
| 5.4.3 | <i>Gesundheitszustand</i> | 61 |
| 5.4.4 | <i>Gesundheitsverhalten</i> | 63 |
| 5.4.5 | <i>Altersplanung.....</i> | 65 |
| 5.4.6 | <i>Betreuungs- und Pflegebedarf.....</i> | 69 |
| 6 | Kultursensible Beratung und Betreuung älterer Migranten..... | 73 |
| 6.1 | Interkulturelle Kompetenz | 74 |
| 6.2 | Interkulturelle Öffnung | 77 |
| 6.3 | Kultursensible Pflege - Pflegemodelle..... | 85 |
| 7 | Resümee | 90 |
| 7.1 | Derzeitiger Stand der Forschung | 90 |
| 7.2 | Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen der Altersversorgung.... | 100 |
| 7.3 | Handlungsmöglichkeiten..... | 102 |
| 7.3.1 | <i>Abbau von sprachlichen Barrieren.....</i> | 102 |
| 7.3.2 | <i>Abbau von religiös-kulturellen Barrieren.....</i> | 105 |
| 7.3.3 | <i>Interkulturelle Aus- und Weiterbildung.....</i> | 107 |
| 8 | Abschließende Überlegungen..... | 108 |
| 9 | Literaturverzeichnis..... | 111 |
| 10 | Tabellenverzeichnis..... | 127 |
| 11 | Abbildungsverzeichnis..... | 127 |



Ich bin ein Baum mit zwei Stämmen

Ich bin ein Baum, bin ein Baum mit zwei Stämmen

Ja, ja: mit zwei Stämmen!

Das verstehst Du nicht?

**Ich bin ein Baum und habe nur eine Wurzel,
eine Wurzel dort, wo ich geboren bin.**

**Du willst, dass ich immer grün bleibe,
willst mich biegsam wie eine Weide**

oder blühend wie eine Linde?

Aber ich bin ein anderer Baum

und habe zwei Stämme.

Sie sind nicht gleich – können nicht gleich sein.

**Es ist schön und doch schwer,
zwei Seelen zu haben.**

Du willst, dass ich eine wähle,

Nur eine Seele?

**Aber schau dir diesen Baum an,
wie lebendig er ist, wie harmonisch!**

**Und nun stell dir vor,
ein Stamm würde abgeschnitten.**

Wie verletzbar müsste er sein, mein Baum.

Nein, ich möchte keinen Stamm verlieren,

ich will ich bleiben...

und weiterwalzen.

Denke nicht, ich stelle mich über die anderen.

Nein, ich bin ein Baum unter vielen;

nur ein wenig anders:

Eine Wurzel, ein Herz...

aber zwei Seelen.

MariaBender

Lu Sponheimer

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Lebenssituation der in Österreich lebenden älteren Migrantinnen und Migranten – insbesondere aus dem ehemaligen Jugoslawien - anhand einer Analyse der Literatur zu erfassen, Barrieren im Zugang zur Altenhilfe zu identifizieren und mögliche Ansatzpunkte, die für eine kultursensible Beratung in Österreich nötig sind, aufzuzeigen.

Grundlage dieser Literaturarbeit waren in erster Linie internationale und österreichische Studien und Forschungsprojekte, Daten der Statistik Austria sowie theoretische Arbeiten, die sich mit der Situation älterer Migrantinnen und Migranten im Kontext des Gesundheitssystems und der Beratung und Betreuung älterer Menschen befassen.

Der erste Teil der Arbeit dient der Erläuterung der Begriffe Kultur und Kultursensibilität, sowie Migration und Beratung.

Inhalt des statistischen Teils sind Daten der Volkszählung 2001 der Statistik Austria. Damit sollten die demographischen Merkmale der österreichischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund und deren Situation in Österreich aufgezeigt werden.

Der darauf folgende Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Migration und Gesundheit. In diesem Rahmen wurden die unterschiedlichen kulturspezifischen Deutungen von Krankheit und Krankheitsursache und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund dargestellt. Zudem wurde die Lebenslage der älteren Migrantinnen und Migranten und deren Betreuungs- und Pflegebedarf erfasst. Sinn dieser Ausführungen war die Darstellung der unterschiedlichen Zugangsbarrieren des Gesundheitssystems für Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und die Veranschaulichung der speziellen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe in der Altenbetreuung.

Ein weiteres Kapitel befasst sich mit der Thematik der kultursensiblen Beratung und Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten. In diesem Abschnitt wurden verschiedene Aspekte der interkulturellen Kompetenz und

der interkulturellen Öffnung sowie einige Pflegemodelle für eine kultursensible Pflege dargestellt.

Im letzten Teil der Arbeit wurde der derzeitige Stand der Forschung zum behandelten Thema in Österreich zusammengefasst und Handlungsmöglichkeiten für österreichische Institutionen der Altenhilfe zum Abbau von Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien aufgezeigt.

Abstract

The aim of the present work was to register the life situation of the older migrants living in Austria – in particular from former Yugoslavia - with the help of an analysis of the literature to identify barriers in the access for the elderly care and to indicate possible starting points necessary for a cultural-sensitive elderly care in Austria.

The basis of the literature work were primarily international and local studies and publications, data of the Statistik Austria as well as projects from Austria, Germany and Switzerland, which deal with the situation of older migrants in the context of health systems and the counselling of older people.

The first part of the work discusses concepts of “culture” and “cultural sensitivity”, as well as “migration” and “counselling”.

Contents of the statistical part were derived from Statistik Austria and are supposed to give an overview of the demographic characteristics of the Austrian population with migration background and their situation in Austria.

The next part of the work deals with “migration” and “health”. In the scope of different cultural interpretations of illness and illness causes and their effects on health and health behaviour of people with migration background were discussed. Furthermore, the situation of older migrants and their care and nursing needs were outlined. This involves the presentation of different access barriers of the health system for migrants from former Yugoslavia and the illustration of their special needs in the elderly care.

The other chapters deal with cultural-sensitive counselling and care of older migrants. This comprises different aspects of intercultural competence and intercultural opening as well as some nursing models for a cultural-sensitive care.

The last part presents a state of the art view of the Austrian research. Possible options for action for Austrian institutions of elderly care aiming on reduction of access barriers for migrants from former Yugoslavia were indicated.

Vorwort

Zur Wahl des Themas dieser Arbeit hat mich die laufende Diskussion über die illegal beschäftigten Personen aus dem benachbarten Ausland angeregt. Für ältere Personen ohne Migrationshintergrund ist in Österreich oft die finanzielle Situation und somit die Finanzierung einer 24-Stunden Betreuung das größte Problem. Viele ältere Menschen verfügen nicht über ausreichende finanzielle Möglichkeiten. Demgegenüber ergibt sich die Frage, mit welchen Problemen sich ältere Migranten – im Speziellen die heterogene Gruppe der älteren Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien – in Bezug auf die Altersversorgung konfrontiert sehen.

Danken möchte ich Frau MMag. Dr. Ilse Marie Walter für die geduldige Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit.

Mein Dank gilt auch allen denjenigen Menschen, die mich während des Schreibens dieser Arbeit auf vielfältige Art und Weise unterstützt haben.

Im Speziellen Ing. MMMag. Dr. Alexander Achatz, der mich auch während des gesamten Studiums immer wieder motiviert hat.

1 Einleitung

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Österreich führt zur Zeit häufig zu politischen Diskussionen und ist in den Medien so präsent wie kaum ein anderes Thema. Allerdings könnte man den Eindruck gewinnen, dass die Herausforderungen im Pflege- und Betreuungsbereich ausschließlich die Problematik der illegalen 24 Stunden Betreuung bzw. die Beschäftigung von ausländischen Pflegepersonen in Privathaushalten betrifft. Das Thema der kultursensiblen Pflege und Betreuung von alten Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und die daraus entstehenden zusätzlichen Anforderungen an Institutionen und Pflegepersonal werden in der Öffentlichkeit nicht erwähnt.

Reinprecht (2005, S. 52) betont, dass sich gerade der Gesundheits- und Sozialbereich sowie die Altenarbeit und deren Einrichtungen zukünftig vermehrt mit den spezifischen Bedürfnissen von Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund konfrontiert sehen werden. Viele der Migrantinnen und Migranten, die als Gastarbeiter nach Österreich kamen und nicht mehr in ihre Herkunftsländer zurückkehrten, werden laut Kienzl-Plochberger (2005, S. 6) in den nächsten Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden und in den Ruhestand gehen. Die Einrichtungen im Bereich der Sozialarbeit und Altenbetreuung müssen sich mit dem damit entstehenden spezifischen Betreuungs- und Hilfsbedarf auseinandersetzen. Um den Bedürfnissen und Anforderungen von älteren Migrantinnen und Migranten entsprechen zu können, ist es notwendig, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte kulturelle Sensibilität aufbringen (Kienzl-Plochberger, 2005, S. 6; Amesberger, Auer & Halbmayer, 2001, zitiert nach Fassmann, 2003, S. 186). Es nützt jedoch wenig die kulturellen Hintergründe zu beachten, wenn der soziale Kontext, in dem sich Gesundheit und Krankheit entwickeln, nicht berücksichtigt wird. Reinprecht (2006, S. 19) betont, dass in Ländern mit einer längeren Migrationsgeschichte, wie Frankreich, Großbritannien oder auch Deutschland und Schweiz, die Lebenssituation der älteren und älter werdenden Migrantinnen und Migranten seit längerem einen

wichtigen Forschungsgegenstand darstellen, während in Österreich über diese Personengruppe wenig bekannt ist.

ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT

Ziel dieser Literaturlarbeit ist es, die Situation älterer Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich im Kontext kultursensibler Beratung und Betreuung zu beschreiben. Weiters sollen die spezifischen Zugangsbarrieren zur Altenhilfe für die Zielgruppe sowie die Anforderungen an die Institutionen der Altenbetreuung anhand einer Analyse der Literatur erfasst werden. Zudem sollen mögliche Ansatzpunkte aufgezeigt werden, die für eine kultursensible Altenpflege in Österreich nötig sind. Bei der Literaturrecherche wurden elektronische Datenbanken, Artikel in Journalen, Bücher und unveröffentlichte Literatur berücksichtigt.

Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien ist in Österreich die größte. Viele von ihnen kommen jetzt in ein Alter indem die Vorstellungen über ihre Zukunftsgestaltung und die Altersversorgung in Österreich für sie zum Thema werden. Die Situation der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien hat sich, unter anderem auch durch die Kriege von 1991 bis 1999 auf dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, verändert. Die Absicht, nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in ihre ehemalige Heimat zurückzukehren, ist oft nicht mehr so einfach realisierbar. Viele von ihnen haben mittlerweile ihre Familie in Österreich wodurch ihre Versorgung im Alter durch die jüngeren Familienmitglieder in ihrer ehemaligen Heimat nicht möglich ist. Hinzu kommt, dass das Angebot für die Altersversorgung in Österreich meist besser ist als in den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien.

Daraus ergibt sich zunächst einmal die Frage: Wie ist der aktuelle Stand der Forschung in Österreich zur Altersversorgung von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien? In weiterer Folge ist die Lebens- und Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien von Interesse. Welche Anforderungen ergeben sich in der Beratung und Betreuung von älteren Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien für die Einrichtungen der Altenbetreuung? Welche

Barrieren bestehen für die Zielgruppe im Zugang zur Altenhilfe? Und welche Anforderungen an die Altenhilfe werden international genannt? Auf diese Fragen soll in der Literaturlarbeit eine Antwort gegeben werden.*

* Aus Gründen der semantischen Vereinfachung und um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird in der Arbeit auf die Verwendung der weiblichen Wortendungen größtenteils verzichtet. Sämtliche maskuline Nomen gelten natürlich in gleicher Art und Weise für das weibliche Pendant.

2 Begriffsdefinitionen

2.1 Der Kulturbegriff

Kultur ist ein oft verwendetes Wort aber nicht immer ist klar, was damit gemeint ist. Der Kulturbegriff ist vieldeutig und je nach Kontext und Benutzer variiert die Bedeutung, auch in den Wissenschaften. Laut Maletzke (1996, S. 15) gibt es keine einheitliche allgemein anerkannte Definition von Kultur, wer von Kultur redet, müsse möglichst genau festlegen, was darunter zu verstehen sei. In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden wie der *Kulturbegriff* im Rahmen dieser Arbeit verstanden wurde.

2.1.1 Kultur

Kultur vom lateinischen *cultura* - abgeleitet von *colere*, *bebauen*, *bestellen*, *pflügen* - umfasst den Bereich von Anbau, Besorgung und Pflege, weiters den speziellen Bereich der Landwirtschaft und Feldbestellung sowie die geistige Ebene in der Bedeutung *Ausbildung*, *Bildungsmittel* oder *sittliche Veredelung* (Georges, 1998, zitiert nach Herberhold, 2002, S. 51). In einem umfassenden Sinn bezeichnet *Kultur* alles, was den Lebensraum, die Lebensmöglichkeiten, Lebensäußerungen und die Gepflogenheiten, Gewohnheiten oder Selbstverständlichkeiten einer Gruppe betrifft (Habermas, 1998, zitiert nach Herberhold, 2002, S. 52). Laut Standarddefinition der angelsächsischen empirischen *cultural anthropology* von Tylor umfasst *Kultur* als komplexes Ganzes das Wissen, den Glauben, die Kunst, die Moralauffassung, die Gesetze, die Sitten und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten, die sich der Mensch als Mitglied der Gesellschaft aneignet (Tylor 1871, zitiert nach Domenig 2001, S. 29). *Kultur* als soziale Kategorie stellt nach den Ausführungen von Herberhold (2002, S. 75) ein Einteilungs- und Orientierungsmuster für Menschen dar, also eine Kategorisierung von Menschen in unterschiedliche Kulturzugehörigkeiten. Die Wahrnehmung der Umwelt, die Gedanken und Gefühle von Angehörigen einer Kultur gegenüber den Angehörigen einer

anderen Kultur, werden dadurch bestimmt (Herberhold, 2002, S. 76). Maletzke (1996, S. 15) versteht *Kultur* als die Art und Weise wie die Menschen leben und was sie aus sich und ihrer Welt machen. Im Sinne der modernen Kulturanthropologie ist *Kultur* als ein System von Konzepten, Einstellungen, Überzeugungen und Wertorientierungen zu verstehen, die sowohl im Verhalten und Handeln der Menschen als auch in ihren geistigen und materiellen Produkten sichtbar werden.

Im Zeitalter der Globalisierung scheint laut Drechsel et al. (2000, zitiert nach Dornheim, 2001, S. 29) diese Auffassung von *Kultur* überholt. Kultur als geschlossenen Gegenstand gäbe es nicht. Laut Dornheim (2001, S. 31) beginnt die für uns nachvollziehbare Geschichte des Begriffs *Kultur* bereits in der Antike. In dieser Zeit wäre zwar durchaus erkannt worden, dass unterschiedliche Völker unterschiedliche Lebensgewohnheiten haben, dennoch haben Griechen und Römer *Kultur* nur sich selbst zugeschrieben und bezeichneten alles Fremde als Barbarei. Hier würden bereits die Wurzeln eines Kulturbegriffs liegen, der zum Zwecke der Ausgrenzung des Anderen, des Fremden, gebraucht wird (Dornheim, 2001, S. 31).

Nach Uzarewicz (2002, S. 4) wird der Begriff *Kultur* verwendet um eine Andersartigkeit bezogen auf andere Menschen oder Bevölkerungsgruppen festzustellen. Die Menschen werden eingeteilt in solche, die zur eigenen Kultur gehören und jene, die „ganz anders sind“, einer fremden Kultur angehören. Worin diese fundamentalen Unterschiede genau bestehen, kann laut Uzarewicz nicht genau angegeben werden. Herberhold (2002, S. 147) verweist darauf, dass die soziale Kategorie *Kultur* Menschen nach *Kulturzugehörigkeit* trennt, indem eine Person immer nur einer *Kultur* angehören kann. Einzelne Personen werden zu Gruppen zusammengefasst und es entstehe die Vorstellung von der kulturellen Identität eines Volkes, einer Ethnie bzw. einer Nation (Uzarewicz, 2002, S. 4). Angehörige der Dominanzbevölkerung würden sich selbst oft als Norm der Gesellschaft definieren und die Angehörigen anderer Kulturen als Randgruppen betrachten (Herberhold, 2002, S. 147). Sprache, Sitten und Bräuche der Mehrheitsbevölkerung müssten bewahrt bleiben, sie würden die Substanz

des Ganzen ausmachen (Uzarewicz, 2002, S. 4). Nach Uzarewicz (2002, S. 5) vermittelt *Kultur* mit Hilfe unterschiedlicher Verhaltensregeln eine gewisse Sicherheit im Verhalten gegenüber anderen Personen. Jeder Mensch müsse Normen erfüllen, Gesetze, Konventionen und Traditionen beachten und dürfe Tabus nicht verletzen. Das alles vereinfache das Leben des einzelnen Menschen für ihn selbst und für die anderen, die wiederum erwarten würden, dass auch ihre Erwartungen erfüllt werden. Laut Herberhold (2002, S. 126) werden Kulturen mittels Differenzen voneinander unterschieden, wodurch sie als miteinander unvereinbar erscheinen. Aus dieser Unvereinbarkeit entstünden Konflikte, die ein Zusammenleben von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen schwierig mache (Herberhold, 2002, S. 127).

Die Autoren des *Memorandum für eine kultursensible Altenpflege* haben in ihren Ausführungen den Begriff *Kultur* als das gesamte Orientierungs- und Bedeutungssystem einer Gruppe oder Lebenswelt bezeichnet. Die Definitionen von bestimmten Kulturen stellen Identitäten her, die es möglich machen, dass wir uns mit unseren Mitmenschen verständigen und unsere Umwelt verstehen können. Damit soll also beschrieben werden, was anders funktioniert und gedeutet wird, als wir es gewohnt sind, wenn wir mit einer anderen Kultur in Kontakt kommen (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 18).

2.1.2 Multikulturell – Interkulturell - Transkulturell

Nach den Ausführungen der Autoren der *Handreichung für eine kultursensible Altenpflege* entsteht eine *multikulturelle Gesellschaft* durch die zunehmende Heterogenität derselben und durch die Bevölkerungswanderung (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 20). Laut Uzarewicz (2002, S. 6) leben in *multikulturellen Gesellschaften* Menschen und Gruppen, die unterschiedlichen Kulturen entstammen oder sich auf mehrere beziehen. Während *Multikulturalität* von einem friedlichen Nebeneinander unterschiedlicher Kulturen innerhalb einer Gesellschaft

ausgeht, betont *Interkulturalität* die Begegnung zwischen zwei Kulturen (Domenig, 2001, S. 146).

Der Begriff *Interkulturell* bezeichnet eine Beziehung zwischen den Kulturen. In kulturellen Überschneidungssituationen treffen die Eigenkultur und Fremdkultur(en) aufeinander. Laut Welsch entsteht daraus das *Interkulturelle*, unter anderem, weil das Verhalten einer Person eines anderen kulturellen Kontexts, aus dem Wissen des eigenen heraus, interpretiert wird. Die in einer kulturellen Überschneidungssituation beteiligten Interaktionspartner stehen in ihrem Handeln und Verstehen unter dem Einfluss des eigenen Ethnozentrismus. Interkulturalität betont die Begegnung zwischen Kulturen und beleuchtet mögliche Reibungsflächen. Personen, die über eine *interkulturelle Kompetenz* verfügen, haben laut Welsch die Fähigkeit, mit Angehörigen einer anderen Kultur zur beiderseitigen Zufriedenheit unabhängig, kultursensibel und wirkungsvoll interagieren zu können (Welsch, 1995, S. 40).

Nach Uzarewicz zeichnet sich die Dynamik des Lebens durch einen ständigen kulturellen Wandel, kulturelle Austauschprozesse, Synergieeffekte, kulturelle Überlagerungen und sich gegenseitig verstärkende Wissens- und Sinnordnungen aus. Da die Begriffe *kulturell*, *multikulturell* und *interkulturell* vorgeben etwas genau Abgrenzbares und nur einer jeweiligen Kultur Eigenes bezeichnen zu können, wird laut Uzarewicz die Dynamik des Lebens negiert bzw. vernachlässigt. Von diesen Begriffen unterscheidet sich der der Transkulturalität (Uzarewicz, 2002, S. 6).

Laut Domenig (2001, S. 147) haben die Kulturen tatsächlich längst nicht mehr eine einheitliche und isolierte Form, sondern sind weitgehend durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet. Dieses neue Gefüge der Kulturen wird nach Welsch (1995, S. 41) als *transkulturell* bezeichnet, da es über den traditionellen Kulturbegriff hinaus- und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich hindurchgeht. Transkulturalität betont die Gemeinsamkeiten von Individuen, ohne die Unterschiede zu negieren - voneinander getrennte *Kulturen* gäbe es nicht (Uzarewicz, 2002, S. 7). Laut Welsch (1995, S. 41), ist anstelle der

separierten Einzelkulturen von einst, eine interdependente Globalkultur entstanden, die sämtliche Nationalkulturen verbindet und bis in Einzelheiten hinein durchdringt. Sein transkulturelles Konzept zielt auf ein vielseitiges Verständnis von Kultur hin, dessen Handlungsleistung in Integration besteht. Das Konzept der Transkulturalität biete sowohl einen theoretischen Zugang, als auch einen erweiterten und erweiternden Handlungsrahmen für die Anwendung im Handlungsfeld der Pflege. Transkulturalität beschreibe kulturelle Vorgänge als flexibel und individuell aus biographischen, soziografischen und ökologischen Faktoren entstehend, die in den Situationen immer neu zu verhandeln wären (Welsch, 1995, S. 41; Uzarewicz & Uzarewicz, 2001, zitiert nach Uzarewicz, 2005, S. 11). Nach Uzarewicz hat Transkulturalität das Bestreben eine jeweils gegebene Situation zu verstehen. Das setzt voraus, dass man sich auf die Situation und die Akteure einlassen kann, um die verschiedenen Dimensionen in ihrer Wirkungsweise und Bedeutung verstehen zu können (Uzarewicz, 2005, S. 11).

2.1.3 Kultursensibilität

Nach den Ausführungen von Ridley, Mendoza, Kanitz, Angermeier & Zenk (1994, zitiert nach Kowalsky, Verhoef, Thurston & Rutherford, 1996, S. 269) wird der Begriff der „cultural sensitivity“ in der Beratung gleichgestellt mit den Begriffen: „*cross cultural competence, cross cultural expertise, cross cultural effectiveness, cross cultural responsiveness, cultural awareness and culturally skilled*“. Aus der Fülle der Begriffe sei erkennbar, wie weitgefasst und ungenau die Definition von *Kultursensibilität* in der multikulturellen Beratung ist. Voraussetzung für kulturelle Sensibilität wäre das Wissen, die Einstellung und Vorstellung über eine Kultur (Ridley et al., 1994, zitiert nach Kowalsky et al., 1996, S. 270).

Kremla (2004, S. 18) versteht unter *Kultursensibilität* persönliche Kompetenzen, die in Beziehung stehen mit interkultureller Öffnung von Institutionen. Durch kulturelle Sensibilität ist es uns möglich, unsere eigene Kulturgebundenheit wahrzunehmen, durch die wir unbewusst immer wieder

Normalität herstellen (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 19). *Kultursensibilität* dient laut Ertl (2000, S. 5) der Wahrnehmung von Differenzen unterschiedlicher Kulturen und führt – trotz aller Unterschiede und fehlender Vertrautheit – zur Entstehung von Achtsamkeit und Wertschätzung. Kultursensibles Handeln ist darum bemüht, Verständnis- und Begegnungsmöglichkeiten zu finden, wenn unterschiedliche Kulturen aufeinander treffen (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 19). In der Begegnung von Individuen unterschiedlicher Kulturen beruht *Kultursensibilität* auf Gegenseitigkeit, auf wechselseitiger Anerkennung und auf Kompromissen (Ertl, 2002, S. 6). Ein sensibles und reflexives Handeln beruht darauf, dass der Mensch als leibhaftiges Subjekt zum Ausgangspunkt aller Betrachtungen wird (Uzarewicz, 2005, S. 11).

2.2 Migration

Migrant und *Ausländer* finden im alltäglichen Sprachgebrauch und auch in der politischen Diskussion oft als synonyme Begriffe Verwendung, da zur Abgrenzung dieser beiden Gruppen oft nur primär das Kriterium der Staatsangehörigkeit herangezogen wird. Die Staatsangehörigkeit einer Person gibt jedoch nicht Auskunft darüber, ob jemand *Migrant* ist oder nicht, denn nicht alle in einem Land lebenden Ausländer müssen selbst eingewandert sein. Und nicht alle in einem Land eingewanderten Personen haben eine ausländische Staatsangehörigkeit (Statistik Austria, 2007b, S. 49).

Der Begriff Migration ist vom lateinischen *migrare* abgeleitet und bedeutet Wanderung. Diese Wanderung bezieht sich auf Menschen oder Menschengruppen, die im geographischen oder sozialen Raum wandern (Uzarewicz, 2002, S. 10). Laut Treibel (1990, zitiert nach Haug & Sauer, 2006, S. 7) ist Migration der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen. Als internationale Migration wird eine spezifische Form von räumlicher Mobilität bezeichnet, bei der Herkunft und Ziel der Migranten in verschiedenen Ländern liegen (Münz, 2002, zitiert nach Haug

& Sauer 2006, S. 7). Uzarewicz (2002, S. 10) meint, dass es das Phänomen der Migration zu allen Zeiten der Menschheitsgeschichte gibt und Migrationsgründe vielfältig sind.

Die Migrationsforschung unterscheidet zahlreiche unterschiedliche Migrationsfaktoren, die in unterschiedlichen Migrationstheorien beschrieben werden. Migration aus ökonomischer Sicht ist ein Mechanismus zur Umverteilung von Arbeit. Anhand der Migrationstheorien aus der Ökonomie werden Migranten mit Arbeitskräften gleichgesetzt (Lebhart, 2002, S. 7). Die neue Migrationsökonomie geht davon aus, dass Menschen kollektiv handeln und damit nicht nur das erwartete Einkommen maximieren, sondern auch die Risiken minimieren möchten (Stark, 1991, zitiert nach Lebhart, 2002, S. 8). Die duale Arbeitsmarkttheorie besagt, dass höher entwickelte Ökonomien eine internationale Migration aus einer permanenten Nachfrage nach ausländischen Arbeitskräften entstehen lassen, die unmittelbar mit der Wirtschaftsstruktur der Industriestaaten zusammenhängt (Piore, 1979, zitiert nach Lebhart, 2002, S. 13). Neben den wirtschaftlichen Faktoren gibt es nach Lebhart (2002, S. 19) auch noch andere Überlegungen oder Konstellationen, die zur Migrationsentscheidung beitragen. Dass Migration eine Funktion der relativ empfundenen Anziehung von Herkunfts- bzw. Zielgebieten darstellt und dass Migrationsbewegungen durch das Vorhandensein auftauchender Gelegenheiten bzw. Hindernisse beschränkt werden, war die Auffassung von Stouffer, auf der Lees Ansatz des push-pull-Modells aufbaut (Lebhart, 2002, S. 19). Beim push-pull-Modell wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Faktoren, die Migration fördern oder behindern, zwar prinzipiell unendlich groß ist, die einzelnen Faktoren sich jedoch in vier unterscheidbare Gruppen einordnen lassen: Faktoren in Verbindung mit der Herkunftsregion, Faktoren in Verbindung mit der Zielregion, intervenierende Hindernisse und persönliche Faktoren (Lee, 1976, zitiert nach Kneer, 1996, S. 37).

Haug und Sauer (2006, S. 8) betonen, dass es die Menschen gibt, die ihre Heimat nur verlassen, wenn sie durch Krieg oder Terror zur Flucht

gezwungen werden und die anderen, deren Gehen oder Bleiben von verschiedenen Anreizen abhängt. In dieser Gruppe sei die Rückwanderung bzw. Remigration beträchtlich, solange es die militärisch-politische Situation in den Herkunftsländern zulässt (Haug & Sauer, 2006, S. 8). Laut Haug und Sauer (2006, S. 8) verlässt ein Großteil der Menschen nur sehr ungern ihr Heimatland, nur eine Minderheit der Emigranten ist entschlossen und lässt sich kaum aufhalten.

Nach Reimann/Reimann (1987, zitiert nach Haug & Sauer, 2006, S. 8) ist für die Zuwanderung in westliche Gesellschaften die Arbeitsmigration zentral. Lange Zeit wurde Arbeitsmigration unter der Bezeichnung Gastarbeitermigration erforscht worden. Familiennachzug, Heiratsmigration, Asylmigration und die Zuwanderung von Spätaussiedlern sind weitere bedeutungsvolle Formen der Migration (Müller-Schneider, 2000, Bade 1994, zitiert nach Haug & Sauer, 2006, S. 8). Haug und Sauer (2006, S. 9) zitieren Massey (1994), der der Meinung ist, dass Individuen und Familien auf veränderte politische und ökonomische Rahmenbedingungen, die durch strukturelle Transformationen in ihren Gesellschaften hervorgerufen werden und die mit Hilfe der ökonomischen Ansätze erklärbar sind, durch Migration reagieren. Dieser Migrationsprozess würde, wenn er einmal in Gang gesetzt ist, eine sich selbstverstärkende Dynamik innerhalb der sozialen Netzwerke entwickeln. Laut Uzarewicz (2002, S. 10) ist für den Kontext der Altenpflege die spezielle Form der Arbeitsmigration von besonderer Bedeutung (siehe Kapitel 3.1).

2.3 Beratung

Beratung im heutigen Sinn hat sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts als neuer Interaktionstypus eines differenzierten institutionellen Beratungswesens etabliert, hauptsächlich durch die Zunahme der Komplexität, Differenzierung und Spezialisierung im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung (Paikert, 2000, S. 302). Dorsch (1982, zitiert nach Knelange & Schieron, 2000, S. 4) definiert *Beratung* als einen Problemlösungsprozess durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden

unterstützt bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der Aufgaben und Probleme verbessert werden und der vom Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestaltet wird. Knelange und Schieron (2000, S. 4) betonen, dass Beratung keine lenkende Ratgebung ist und dass sie Beratung als ein professionelles, beruflich ausgeübtes Geschehen betrachten, das vom Berater Kompetenzen auf verschiedensten Gebieten verlangt und somit erlernt werden muss. Der Berater muss sich ethische Grundwerte aneignen, die sich am deutlichsten über die Beratungsvariablen *Empathie*, *Kongruenz* und *Akzeptanz* im Sinne Rogers erklären lassen (Knelange & Schieron, 2000, S. 4).

Nach Paikert (2000, S. 301) ist *Beratung* eine besondere Form der Dienstleistung: Hilfe als Unterstützung für Menschen, die mit Neuem, Unbekanntem zurechtkommen müssen. Im Mittelpunkt einer Beratung steht ein Problem, das während eines Beratungsvorgangs gelöst werden soll. Kozon und Suditu (2004, S. 13) verstehen *Beratung*, im Rahmen der Gesundheitsberatung, als eine zielorientierte Tätigkeit der betreuenden Personen, die zeitlich, räumlich und personell begrenzt ist und zur Erhöhung des Wissens, Verbesserung der Fertigkeiten und Änderung der Einstellungen des Klienten zu einem bestimmten Gesundheits- und Pflegeproblem führt. Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten sollen für den Ratsuchenden aufgezeigt werden, seine Entscheidungsfähigkeit und -bereitschaft soll gestärkt werden, ohne ihn zu bevormunden. Entscheidend für eine Beratung sei die Freiwilligkeit und Abwesenheit von Zwang (Kozon & Suditu, 2004, S. 14).

Nach Engel & Sickendiek (2005, S. 163) wird Beratung in Gesundheitsberufen hauptsächlich als Informieren der Ratsuchenden durch medizinisch geschultes Personal verstanden. In vielen Fällen reicht dies jedoch nicht aus. Brinkmann-Göbel (2001, zitiert nach Engel & Sickendiek, 2005, S. 163) sieht Gesundheitsberatung als Erschließung externer und interner Ressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme an und nennt als Ziele der Beratung die Stärkung der Selbstbestimmung und der Partizipation des Patienten bzw. seiner Angehörigen sowie die

Verringerung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsrisiken. Die Gesundheitsberatung kann in diesem Sinne durch informieren und aufklären, koordinieren bzw. unterstützen und persönliche Beratung zur Verringerung von Benachteiligung durch ungünstige und wenig gesundheitszuträgliche Lebensumstände beitragen. Faltermeier (2004, zitiert nach Engel & Sieckendiek, 2005, S. 164) betont unter anderem, dass sich Beratung in der Gesundheitsversorgung an der Individualität der Klienten orientieren und die Lebenswelt und Biographie der unterstützungsbedürftigen Personen berücksichtigen sollte.

Bäuerle (1969, zitiert nach Engel & Sickendiek, 2005, S. 165) verweist darauf, dass Beratung im Gesundheitswesen als Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfe in unterschiedlichen Kontexten, mit verschiedenen Methoden und eingebunden in unterschiedliche Theoriedebatten stattfindet. Zur Durchführung einer klienten- und zielorientierten Beratung werden bestimmte Grundvoraussetzungen wie Wissen, Können, Methodik und ein bestimmter Zugang zu dieser Aufgabe benötigt (Gugerell, 2003, S. 18). Weidner (1995, zitiert nach Konrad, 2004, S. 17) meint, es gibt für Beratung im Kontext der Gesundheitsversorgung drei Kompetenzbereiche: die praktisch-technische Kompetenz, die klinisch-pragmatische Kompetenz und die ethisch-moralische Kompetenz. Die praktisch-technische Kompetenz beinhaltet den sicheren Umgang und das korrekte Anwenden von Techniken und Hilfsmitteln. Unter die klinisch-pragmatische Kompetenz werden psychosoziale Fähigkeiten wie Kommunikation und Empathie im Umgang mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen verstanden. Die ethisch-moralische Kompetenz dient zur Sicherstellung eines entsprechend reflektierten Handelns.

Laut Gugerell (2003, S. 17) wird der Begriff *Beratung* in vielen Arbeiten, die sich mit dem Thema Gesundheitsversorgung auseinandersetzen, im Kontext von Pflege eher für die Beratung von Pflegepersonen durch Pflegeexpertinnen gebraucht. Für die Beratung als Hilfestellung für kranke und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen werden oft andere Bezeichnungen verwendet wie „*Patientenschulung*, *Patienteninformation*,

Patientenunterweisung“. Im Aufgabenbereich der Hauskrankenpflege und anderen nicht konventionellen Pflegebereichen stellen nach Gugerell (2003, S. 17) Informations- und Beratungsaufgaben einen wesentlichen Anteil der Tätigkeit dar. Anlässe und Notwendigkeiten für Beratung gibt es laut Koch-Straube (2000, S. 2) genug: geäußerte Ängste der Patienten, die Sorge um die nicht ausreichend versorgte Familie oder versäumte Arbeit, die Hemmungen und Schwierigkeiten, sich in den Institutionen der Gesundheitsversorgung zurechtzufinden, die Furcht vor der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, etc.

3 Migration in Österreich

3.1 Ursachen und Formen der Migration

Nach den Ausführungen von Fassmann und Stacher (2003, S. 4) ist Österreich nicht selbstbestimmt und nicht freiwillig zum Einwanderungsland geworden, sondern als Ergebnis einer guten ökonomischen Entwicklung in der Nachkriegszeit und eines stabilen, demokratischen Systems. Die Öffentlichkeit sähe Österreich jedoch immer noch als Asylsland, als Zielland kurzfristiger Arbeitsmigration, aber nicht als Einwanderungsland. Die empirischen Fakten widersprechen diesem Selbstbild jedoch sehr deutlich (Fassmann & Stacher, 2003, S. 4).

Nach dem zweiten Weltkrieg lebten laut Stieber (1995, zitiert nach John, 2004, S. 12) über eine Million Ausländerinnen und Ausländer in Österreich. Schon bald nach Kriegsende hatte jedoch die Rückführung und Umsiedlung der ausländischen Bevölkerung begonnen. Viele waren dennoch geblieben und dienten während des Wirtschaftsaufschwungs in den 1950er Jahren als Arbeitskräfte (Stieber, 1995, zitiert nach John, 2004, S. 12). Erst in den 1960er Jahren begann in Österreich, durch die Steigerung der Ausländerbeschäftigung, eine nennenswerte Einwanderung ausländischer Arbeitskräfte (John, 2003, zitiert nach John, 2004, S. 13). Wesentliche Faktoren für die Arbeitsmigration nach Österreich waren laut Fassmann und Münz (1995, zitiert nach Bauböck, 1996, S. 12) die lange Phase hohen

Wirtschaftswachstums, das Schrumpfen der industriellen Arbeitskraftreserven unter der Landbevölkerung und das Sinken der Frauenerwerbsbeteiligung. Von den Gewerkschaften in Österreich sei die von den Arbeitgebern geforderte Lockerung der Verordnung zur Ausländerbeschäftigung lange Zeit verhindert worden (Matuschek, 1985, Wimmer, 1986, zitiert nach Bauböck, 1996, S. 12). Erst als sich die Sozialpartner 1961 im so genannten *Raab-Olah-Abkommen* darauf einigten, ausländische Arbeitskräfte nach Österreich zu holen, hat die erste Phase der Arbeitsmigration begonnen. Bis zu ihrem Höhepunkt im Jahr 1973, waren rund 265.000 Menschen nach Österreich eingewandert (Reinprecht, 2006, S. 9). Laut Baldaszit (2006, S. 861) hatte die jährliche Zuwanderung der als *Gastarbeiter* bezeichneten Arbeitsmigranten zwischen 20.000 und 40.000 Menschen betragen. Die zweite Phase der Gastarbeit wurde 1973/1974 eingeleitet und war charakterisiert durch Niederlassung der Migranten und Familiennachzug (Reinprecht, 2006, S. 10). Die durch den *Ölschock* des Jahres 1973 ausgelöste wirtschaftlich schlechtere Situation hatte in Österreich sowie in ganz Westeuropa zu einer Reduzierung der ausländischen Arbeitskräfte geführt (Matuschek, 1985, zitiert nach Bauböck, 1996, S. 14). Laut Bauböck (1996, S. 14) habe die Beschränkung des Neuzugangs an ausländischen Arbeitskräften verstärkt zu Familiennachzug und Niederlassung der Migranten geführt. Obwohl ab Mitte der 1980er Jahre der Bedarf an ausländischen Arbeitskräften wieder gestiegen war und es zu einer verstärkten Neuzuwanderung von Arbeitskräften aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei kam, war die Anzahl der ausländischen Wohnbevölkerung stärker gestiegen als die Anzahl der ausländischen Arbeitskräfte (Reinprecht, 2006, S. 10). Die gestiegene Präsenz der Staatsbürger der Türkei und der Nachfolgestaaten Jugoslawiens lässt sich laut Hintermann (2001, S. 69) aus den Daten der Volkszählung aus den Jahren 1981 und 1991 deutlich zeigen. Die Zuwanderung aus den beiden Ländern besteht in Form der Familienzusammenführung weiter (Hintermann, 2001, S. 69).

3.2 Gesetzliche Grundlagen in Österreich

In Österreich gilt mit Stand 2006 für die Regelung der Einreise, des Aufenthaltes und der Niederlassung das Fremden-gesetz. Das österreichische Fremden-gesetz beinhaltet Regelungen der Quoten des jährlichen Zuzugs von Ausländerinnen und Ausländern, des rechtlichen Status und der Niederlassung in Österreich (Dichatschek, 2006, S. 1). Es regelt drei unterschiedliche Bereiche: Einreise, Aufenthalt und Beendigung des Aufenthalts (Circo & Vilics, 2003, zitiert nach Laubacher-Kubat, 2004, S. 7). Zusätzlich zum Fremden-gesetz sind Personen mit ausländischer Nationalität noch vom Ausländerbeschäftigungsgesetz und dem Asylgesetz betroffen. Das entscheidende Kriterium, ob eine Person mit Migrationshintergrund dieselben Rechte und Pflichten hat wie ein österreichischer Staatsbürger, ist die Staatsbürgerschaft. Angehörige der Mitgliedsstaaten der EU würden in vielen Bereichen denselben rechtlichen Status genießen wie Österreicher. Das ist nicht so für Personen, die nicht Bürger eines EU-Mitgliedsstaates sind (Laubacher-Kubat, 2004, S. 6). Im Jahr 2002 wurde mit der Fremden-gesetz-Novelle eine Integrationsvereinbarung beschlossen, die zu einer raschen Integration der Zuwanderer führen sollte. Im Rahmen dieser Vereinbarung müssen Zuwanderer Grundkenntnisse der deutschen Sprache erwerben. Davon ausgenommen sind Schlüsselarbeitskräfte der Wirtschaft und ihre Angehörigen, Kleinkinder und Schulpflichtige, kranke Menschen oder Menschen hohen Alters, denen ein Besuch eines Deutsch-Integrationskurses nicht mehr zugemutet werden kann (Biffel, 2004, S. 24). Die Gesamtzuwanderung in Österreich wird durch die Quotierung der Neuzuwanderungen bzw. Niederlassungsbewilligungen geregelt. Die jährliche Beschränkung für die Gesamtzuwanderung wird durch einen Erlass des Hauptausschusses des Nationalrats festgelegt. Darin werden unter anderem auch die Quoten zum Zweck der Familienzusammenführung oder der Schlüsselarbeitskräfte samt Familienangehörigen geregelt. Zusätzlich zu einem freien Platz in der Niederlassungsquote muss für Ausländer, die in Österreich eine unselbstständige Erwerbstätigkeit ausüben wollen, noch ein freier Platz am Arbeitsmarkt vorhanden sein. In

Österreich dürfen nicht mehr als 8% der unselbstständig Beschäftigten Ausländer sein (Biffli, 2004, S. 25).

3.3 Statistische Daten

Grundlage der in den folgenden Kapiteln angeführten statistischen Daten zur Migration in Österreich ist die Volkszählung 2001, durchgeführt von der Statistik Austria. Die Ergebnisse der Volkszählung stellen ein zahlenmäßiges Abbild der Bevölkerungsstruktur, der Haushalte und Familien in Österreich dar. Gegenstand der Statistik waren Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich, die österreichische Staatsbürgerschaft war jedoch nicht Voraussetzung (Statistik Austria, 2007b, S. 17).

Das endgültige Ergebnis der Volkszählung vom 15. Mai 2001 ergab 8.032.926 Einwohner in Österreich, davon 710.926 in Österreich lebende ausländische Staatsangehörige. 48,4% der österreichischen Bevölkerung waren männliche und 51,6% weibliche Personen (Statistik Austria, 2007b, S. 25). Der Anteil an Personen, mit einem Alter unter 30 Jahre betrug 36,2%, der der über 60-jährigen Personen 20,9% und der Anteil der 30-Jährigen bis 60-Jährigen 42,9%. Seit der vorangegangenen Volkszählung im Jahr 1991 war die Einwohnerzahl um 3,0% gestiegen. Ohne die Zuwanderungsgewinne hätte das Bevölkerungswachstum nur 0,9% betragen. Folglich waren zwei Drittel der Bevölkerungszunahme auf die Wanderungsbilanz zurückzuführen, nur ein Drittel entfiel auf die Geburtenbilanz (Statistik Austria, 2007b, S. 26). In den östlichen Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland lebten im Jahr 2001 42,0% der Bevölkerung, während in der Westregion, bestehend aus den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg 36,3% der Bevölkerung lebten. Die südlichen Bundesländer Kärnten und Steiermark wurden von 21,7% der Bevölkerung bewohnt. Es zeigte sich, dass die Einwohnerzahl in den westlichen Bundesländern stärker gestiegen war als in den östlichen und südlichen Landesteilen (Statistik Austria, 2007b, S. 28).

Da sich die vorliegende Arbeit im Speziellen auf die Personengruppe der Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien konzentriert, werden sich die statistischen Daten der folgenden Kapitel vermehrt auf diese Personengruppe beziehen.

3.3.1 Geburtsland und Staatsangehörigkeit der Migranten

12,5% (100.399 Personen) der österreichischen Bevölkerung gaben bei der Volkszählung 2001 einen ausländischen Geburtsort an, wobei der Anteil bei den Männern mit 12,4% nur knapp unter dem der Frauen (12,6%) lag. Im Vergleich zur Volkszählung von 1971, bei der 8,6% der Bevölkerung im Ausland geboren waren, stieg der Anteil dieser Personengruppe bis 2001 um 3,9% (Statistik Austria, 2007b, S. 49).

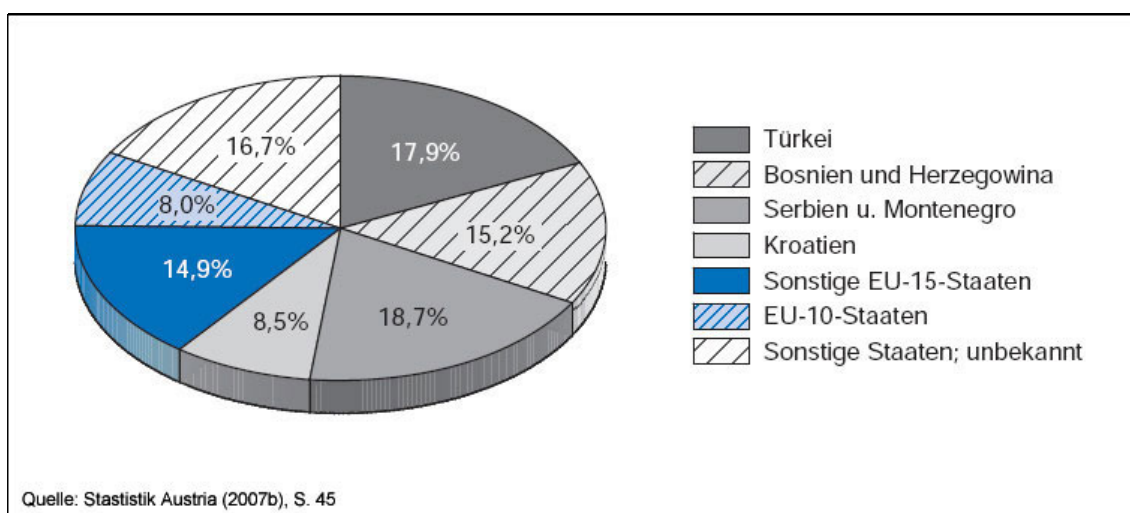


Abbildung 1: Ausländische Wohnbevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit

Laut Volkszählung 2001 setzte sich die ausländische Wohnbevölkerung zu 42,4% aus Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawien zusammen (siehe Abbildung 1). Die größte Gruppe mit 18,7% bildeten darunter die Staatsbürger Serbiens und Montenegros. Unter ihnen wurden 77,4% in Serbien und Montenegro geboren und nur 18,2% waren in Österreich zur Welt gekommen. Von den Personen aus Bosnien und Herzegowina, die zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 in Österreich lebten, waren 80,3% auch dort geboren und nur 16,4% in Österreich (Statistik Austria, 2007b, S. 50).

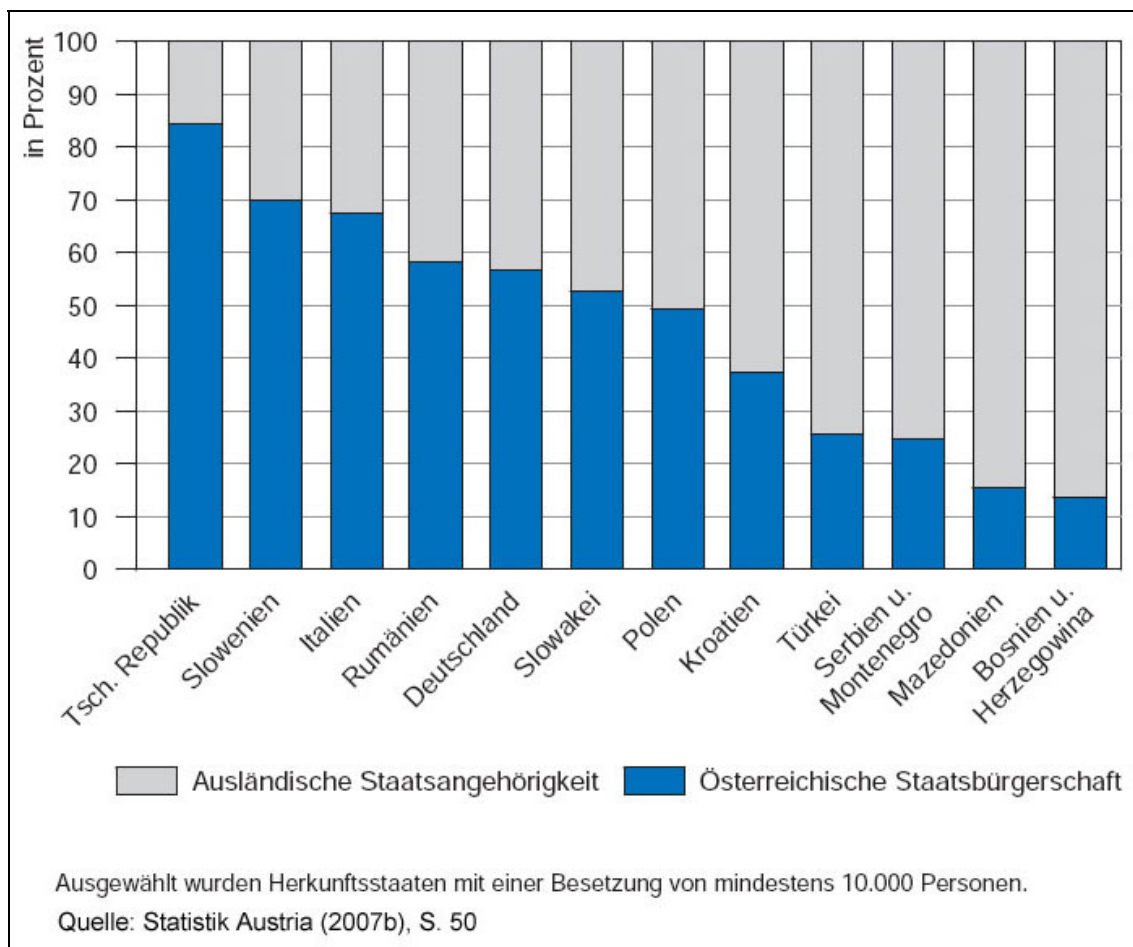


Abbildung 2: Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewähltem Geburtsort und Staatsangehörigkeit

1,7% der Personen, die in Österreich geboren wurden, hatten nicht die österreichische Staatsbürgerschaft. In Abbildung 2 ist zu sehen, dass von den in Serbien und Montenegro geborenen Menschen 24,8% österreichische Staatsbürger waren, und von den in Bosnien und Herzegowina geborenen 13,6%. Von den in Mazedonien geborenen Personen waren zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 15,6% österreichische Staatsangehörige und von den in Kroatien geborenen 37,2% (Statistik Austria, 2007b, S. 50). Unter den in der Türkei geborenen Personen besaßen 25,5% die österreichische Staatsbürgerschaft. Im Unterschied dazu zählten beispielsweise 69,9% der im heutigen Slowenien, 67,6% der in Italien oder 56,7% von den in Deutschland geborenen

Personen bei der Volkszählung 2001 zu den österreichischen Staatsbürgern (Statistik Austria, 2007b, S. 51).

3.3.2 Regionale Verteilung der Migranten auf die Bundesländer

Laut Fassmann und Stacher (2003, S. 93) ist in den österreichischen Städten eine räumliche Ansammlung und ethnische Trennung der ausländischen Bevölkerung festzustellen. Von den nichtösterreichischen Staatsangehörigen lebte rund die Hälfte in den fünf größten Städten Österreichs, nämlich Wien, Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck (Fassmann und Stacher, 2003, S. 93). Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien weisen eine deutliche Vorherrschaft in den städtischen und industriellen Bezirken auf, sowie in den touristischen Gebieten der westlichen Bundesländer (Bundeskanzleramt - Bundesministerium für Frauen, Medien und Öffentlicher Dienst, 2007, S. 14).

Im Rahmen der Volkszählung 2001 zeigte sich eine sehr unterschiedliche regionale Verteilung der ausländischen Personen innerhalb der österreichischen Wohnbevölkerung.

Tabelle 1: Wohnbevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit und Bundesland

| | Gesamtbevölkerung | österreichische Bevölkerung | ausländische Bevölkerung |
|------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| | in 1.000 | Anteil in % | |
| Burgenland | 277,6 | 95,5 | 4,5 |
| Kärnten | 559,4 | 94,3 | 5,7 |
| Niederösterreich | 1.545,8 | 93,9 | 6,1 |
| Oberösterreich | 1.376,8 | 92,8 | 7,2 |
| Salzburg | 515,3 | 88,3 | 11,7 |
| Steiermark | 1.183,3 | 95,5 | 4,5 |
| Tirol | 673,5 | 90,6 | 9,4 |
| Vorarlberg | 351,1 | 86,7 | 13,3 |
| Wien | 1.550,1 | 84,0 | 16,0 |

Erstellt nach: Statistik Austria (2007b), S. 215

Der größte Anteil der ausländischen Staatsangehörigen an der Gesamtbevölkerung lebte in Wien (16%), gefolgt von Vorarlberg mit einem Ausländeranteil von 13,3% und Salzburg mit 11,7%. In Tirol lag der Anteil

der ausländischen Bevölkerung mit 9,4% knapp über dem Bundesdurchschnitt. In Oberösterreich betrug der Ausländeranteil 7,2% und in Niederösterreich 6,1%. Gefolgt von Kärnten mit 5,7%, Burgenland und der Steiermark mit je 4,5% (vgl. Tabelle 1).

Laut Statistik Austria konzentrierte sich im Jahr 2001 die Mehrheit der ausländischen Wohnbevölkerung (52%) auf die zehn größten Städte Österreichs. Beispielsweise lebten die Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawien hauptsächlich in den größeren Landeshauptstädten. Die türkische Bevölkerungsgruppe hatte in den kleineren Bundesländern und kleineren Städten, zum Beispiel Vorarlberg, den höchsten Anteil. Die ausländische Wohnbevölkerung konzentrierte sich 2001 jedoch nicht nur auf bestimmte Städte und Regionen in Österreich, sondern auch innerhalb der Städte war die Verteilung ungleichmäßig. Beispielsweise lebten in Wien in den Bezirken rund um den Gürtel und in den Stadtbezirken zwischen Donau und Donaukanal überdurchschnittlich viele Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. 42% der ausländischen Wohnbevölkerung lebte in nur fünf Bezirken Wiens, das waren der 2., 10., 15., 17., und 20. Gemeindebezirk (Statistik Austria, 2007b, S. 45). Kennzeichnend für diese Stadtbezirke war ein hoher Anteil von Altbauwohnungen, die laut Fassmann und Stacher (2003, S. 47) für einen Großteil der Personen mit nicht österreichischer Staatsangehörigkeit das einzig leistbare und mögliche Wohnungssegment darstellen.

Tabelle 2: Ausländische Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählter Staatsangehörigkeit und Bundesland

| | ausländische Staatsangehörige | Polen | Slowakei | Türkei | Tsch. Rep. | Italien | Rumänien | Deutschl. |
|------------------|----------------------------------|-------|----------|--------|------------|---------|----------|-----------|
| | in 1.000 | in % | in % | in % | in % | in % | in % | in % |
| Burgenland | 12,6 | 2,0 | 4,3 | 1,0 | 1,2 | 0,6 | 5,0 | 1,9 |
| Kärnten | 32,1 | 1,3 | 1,1 | 0,9 | 1,2 | 8,9 | 5,3 | 7,6 |
| Niederösterreich | 94,0 | 17,6 | 29,9 | 15,7 | 32,8 | 6,0 | 21,0 | 11,6 |
| Oberösterreich | 99,6 | 8,5 | 7,0 | 13,6 | 20,3 | 4,9 | 16,4 | 14,8 |
| Salzburg | 60,5 | 1,9 | 3,4 | 6,9 | 5,0 | 6,4 | 4,2 | 11,9 |
| Steiermark | 53,5 | 3,2 | 6,1 | 3,8 | 5,1 | 5,9 | 23,2 | 9,1 |
| Tirol | 63,6 | 2,0 | 4,4 | 12,6 | 4,5 | 31,1 | 2,1 | 17,4 |
| Vorarlberg | 46,7 | 1,1 | 0,9 | 14,8 | 1,0 | 7,2 | 1,5 | 8,1 |
| Wien | 248,3 | 62,5 | 42,8 | 30,7 | 28,9 | 29,1 | 21,3 | 17,6 |

Erstellt nach: Statistik Austria (2007b), S. 216

Wie in Tabelle 2 gezeigt wird, war von den Menschen mit polnischer Staatsangehörigkeit die überwiegende Mehrheit (63%) in Wien vertreten. In Niederösterreich und Oberösterreich lag ihr Anteil immerhin noch bei 18% bzw. 9%. Ähnlich verhält sich die Verteilung der slowakischen Bevölkerungsgruppe. Auch von ihnen lebten über 40% in Wien, knapp 30% in Niederösterreich und in den übrigen Bundesländern nur noch unter 10%. Von den Türkinnen und Türken lebte zirka ein Drittel in Wien, ein weiteres Drittel in Tirol und Vorarlberg und das letzte Drittel wohnte in den übrigen Bundesländern aufgeteilt, wobei in Niederösterreich und Oberösterreich mit knapp 16% und 14% der Anteil am höchsten war. Staatsbürger der Tschechischen Republik und Rumäniens waren hauptsächlich in Niederösterreich, Oberösterreich der Steiermark und Wien wohnhaft. Von den Italienern lebte die Mehrheit in Tirol und Wien. Die deutsche Bevölkerungsgruppe verteilte sich überwiegend auf Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol.

Tabelle 3: Ausländische Wohnbevölkerung 2001 mit Staatsangehörigkeit ehemaliges Jugoslawien nach Bundesland

| | ausländische Staatsangehörige in 1.000 | davon ehemaliges Jugoslawien | darunter | | | | |
|------------------|--|------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|------------|-----------|
| | | | Bosnien und Herzegowina | Serbien und Montenegro | Kroatien | Mazedonien | Slowenien |
| | | | Anteil in % | | | | |
| Burgenland | 12,6 | 4,5 | 36,2 | 29,7 | 27,6 | 4,3 | 2,2 |
| Kärnten | 32,1 | 19,0 | 46,6 | 18,2 | 25,9 | 1,2 | 8,1 |
| Niederösterreich | 94,0 | 37,3 | 37,5 | 38,4 | 13,9 | 8,5 | 1,7 |
| Oberösterreich | 99,6 | 52,8 | 46,9 | 27,9 | 20,3 | 4,3 | 0,6 |
| Salzburg | 60,5 | 31,7 | 43,7 | 34,2 | 18,1 | 3,1 | 0,9 |
| Steiermark | 53,5 | 25,3 | 36,0 | 20,6 | 32,6 | 2,2 | 8,6 |
| Tirol | 63,6 | 22,5 | 38,2 | 34,6 | 25,5 | 0,5 | 1,2 |
| Vorarlberg | 46,7 | 15,7 | 36,1 | 41,1 | 17,0 | 1,2 | 4,6 |
| Wien | 248,3 | 113,5 | 19,1 | 60,6 | 14,3 | 5,3 | 0,7 |

Erstellt nach: Statistik Austria (2007b), S. 216

Die Staatsangehörigen der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien stellten im Jahr 2001 laut Statistik Austria in der Mehrzahl der Bundesländer die größte Ausländergruppe. Ihr Anteil an der ausländischen Bevölkerung war in Kärnten mit 59% am höchsten, gefolgt von Oberösterreich mit 53%, Salzburg mit 52% und Steiermark mit 47%. In Wien betrug zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 der Anteil der Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawien 46%, in Niederösterreich 40%, im Burgenland 36% und in Tirol und Vorarlberg betrug der Anteil 35% bzw. 34%.

Der Anteil der Staatsbürger von Serbien und Montenegro an den in Österreich lebenden Staatsangehörigen der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien war mit fast 61% in Wien bzw. 41% in Vorarlberg und 38% in Niederösterreich am höchsten. In den übrigen Bundesländern überwog der Anteil der Angehörigen der bosnischen Bevölkerungsgruppe. In Kärnten und Oberösterreich betrug ihr Anteil fast 47%, in Salzburg 44% und in Tirol 38% (vgl. Tabelle 3).

3.3.3 Altersstruktur der Migranten

Reinprecht (2006, S. 13) verglich die Daten der Volkszählung von 1981 und 2001 und stellte einen demographischen Alterungsprozess der

Zuwanderinnen und Zuwanderer aus den traditionellen Herkunftsländern der Arbeitsmigration fest. Demnach hat sich der Anteil der über 50-jährigen Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien von 1981 bis 2001 verfünffacht bzw. der der über 60-Jährigen hat sich sogar verzwölffacht. Aktuell befinden sich unter den Migrantinnen und Migranten überwiegend jüngere Alte, im Alter zwischen 50 und 60 Jahre. Die Altersgruppe der über 70-Jährigen ist laut Reinprecht (2006, S. 14) bei den Migranten noch eine kleine Gruppe. Aufgrund von demographischen Prognosen ist eine weitere Zunahme der Altenanteile an der Wohnbevölkerung mit Migrationshintergrund zu erwarten. Es ist davon auszugehen, dass das besonders auf Arbeitsmigranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei zutreffen wird (Reinprecht, 2006, S. 14).

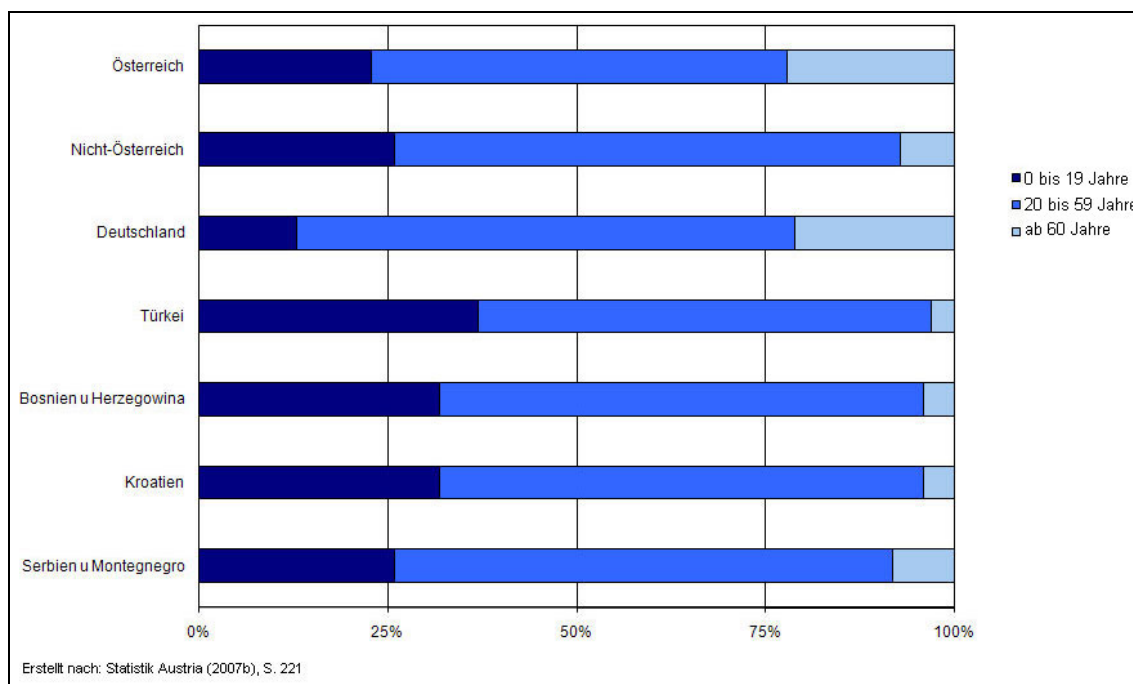


Abbildung 3: Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewähltem Geburtsort und Alter

In Abbildung 3 wird gezeigt, dass zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 von der österreichischen Wohnbevölkerung etwas mehr als die Hälfte (54%) der Personen, die in Österreich zur Welt kamen, im Alter von 20 bis 59 Jahren waren. Von den im Ausland Geborenen gehörten mehr als zwei Drittel (67%) dieser Altersgruppe an. Der Anteil der Jugendlichen (0 bis 19-

Jährige) betrug bei der in Österreich geborenen Bevölkerungsgruppe 23% und bei der im Ausland Geborenen 26%. Zur Gruppe der ab 60-jährigen Personen zählten 22% der in Österreich Geborenen im Vergleich zu 7% der Personen die im Ausland zur Welt kamen. Laut Statistik Austria war im Jahr 2001 der Anteil an den höheren Altersgruppen bei den beispielsweise in Deutschland und Italien Geborenen besonders hoch. 59% der Personen mit italienischem Geburtsort waren 2001 60 Jahre und älter. Im Unterschied dazu gehörten nur 3% der Personen die in der Türkei geboren wurden und 6% jener die im ehemaligen Jugoslawien zur Welt kamen der Gruppe der 60-Jährigen und älter an.

Tabelle 4: Wohnbevölkerung 2001 mit Geburtsort ehemaliges Jugoslawien nach Alter

| | Gesamtbevölkerung | ausländische Staatsangehörige | davon ehemaliges Jugoslawien | darunter | | |
|-----------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------|----------|
| | | | | Bosnien und Herzegowina | Serbien und Montenegro | Kroatien |
| Anteil in 1.000 | | | | | | |
| 0 bis 19 Jahre | 1.837,4 | 184,6 | 94,5 | 34,8 | 34,6 | 19,4 |
| 20 bis 39 Jahre | 2.385,0 | 290,4 | 118,7 | 41,9 | 44,2 | 24,3 |
| 40 bis 59 Jahre | 2.117,8 | 185,9 | 91,1 | 27,4 | 43,3 | 14,7 |
| 60 bis 69 Jahre | 783,7 | 30,8 | 13,7 | 3,1 | 8,2 | 1,7 |
| 70 bis 79 Jahre | 617,5 | 13,8 | 3,8 | 0,7 | 2,5 | 0,5 |
| ab 80 Jahre | 291,6 | 5,4 | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Anteil in % | | | | | | |
| 0 bis 19 Jahre | 22,9 | 26,0 | 29,3 | 32,2 | 26,0 | 31,9 |
| 20 bis 39 Jahre | 29,6 | 40,9 | 36,8 | 38,8 | 33,2 | 40,1 |
| 40 bis 59 Jahre | 26,4 | 26,1 | 28,3 | 25,3 | 32,5 | 24,2 |
| 60 bis 69 Jahre | 9,8 | 4,3 | 4,3 | 2,9 | 6,2 | 2,8 |
| 70 bis 79 Jahre | 7,7 | 1,9 | 1,2 | 0,6 | 1,9 | 0,8 |
| ab 80 Jahre | 3,6 | 0,8 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |

Erstellt nach: Statistik Austria (2007b), S. 221

Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, waren im Jahr 2001 nahezu ein Drittel der in Bosnien und Herzegowina bzw. in Kroatien (32%) geborenen Personen Angehörige der Gruppe der Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren. Von den in Serbien und Montenegro Geborenen betrug der Anteil der Jugendlichengruppe 26%.

Zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 gehörte die Mehrheit der Personen die im ehemaligen Jugoslawien geboren wurden, der Gruppe der 20- bis 39-Jährigen an (37%). Den höchsten Prozentsatz an jungen

Erwachsenen im Alter von 20 bis 39 Jahren gab es unter den in Kroatien Geborenen (40%), gefolgt von den Personen die in Bosnien und Herzegowina (39%) zur Welt kamen. Etwas geringer war in dieser Altersgruppe der Anteil (33%) der Personen die Serbien und Montenegro als Geburtsort angaben.

Fast 30% der Personen die im Jahr 2001 einen der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien als Geburtsort angaben, gehörten der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen an. 25% der in Bosnien und Herzegowina und 24% der in Kroatien Geborenen gehörten der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen an. Von den im Jahr 2001 in Österreich lebenden Menschen, die in Serbien und Montenegro geboren wurden, war ein Drittel im Alter zwischen 40 und 59 Jahren.

Dementsprechend war im Jahr 2001 die Präsenz der Personen die im ehemaligen Jugoslawien geboren wurden unter den 60-Jährigen und älter deutlich geringer. Von den Menschen die in Bosnien und Herzegowina zur Welt kamen zählten knapp 3% zur Gruppe der 60- bis 69-Jährigen und nur noch 1% zur Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen. Ähnlich verhielt es sich bei den in Kroatien Geborenen: 3% von ihnen waren zwischen 60 und 69 Jahre bzw. 1% zwischen 70 und 79 Jahre alt. Bei den Personen die in Serbien und Montenegro geboren wurden, betrug der Anteil in der Gruppe der 60 bis 69-Jährigen 6% und in der der 70- bis 79-Jährigen 2%. Den 80. Geburtstag hatten, zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001, nur 0,1% der in einem der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien geborenen Personen überschritten.

3.3.4 Umgangssprache der Migranten

Laut Statistik Austria (Statistik Austria, 2007b, S. 53) lautete die Formulierung für die Frage nach der Sprache bei den Volkszählungen von 1880 bis 1910 *Umgangssprache*. In den folgenden Jahren hat die Formulierung stark gewechselt, bis man 1951 wieder zu *Umgangssprache* zurückgekehrt ist.

Tabelle 5: Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählten Umgangssprachen und Staatsangehörigkeit¹

| | Österreichische Wohnbevölkerung | Österreichische Staatsbürger | Nicht Österreichische Staatsbürger |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| | in Prozent | | |
| Deutsch | 88,6 | 95,5 | 17,5 |
| Sprachen des ehem. Jugoslawien | 4,6 | 1,2 | 39,9 |
| Türkisch | 2,3 | 0,8 | 17,4 |
| Tschechisch | 0,2 | 0,2 | 0,9 |
| Slowakisch | 0,1 | 0,1 | 1 |
| Ungarisch | 0,5 | 0,4 | 2,1 |
| andere Sprachen | 3,7 | 1,8 | 21,2 |

Erstellt nach: Statistik Austria (2007b), S. 243

Angaben bei nichtdeutscher Umgangssprache einschließlich Doppelangaben mit Deutsch

Wie in Tabelle 5 zu sehen ist, hatten bei der Volkszählung im Jahr 2001 88,6% der österreichischen Wohnbevölkerung Deutsch als ihre Umgangssprache angegeben. Von den österreichischen Staatsbürgern nannten 95,5% Deutsch als die einzige Sprache, die im privaten Bereich gesprochen wird und von den ausländischen Staatsangehörigen 17,5%.

4,6% der österreichischen Bevölkerung haben Sprachen des ehemaligen Jugoslawien als Umgangssprache genannt. Der Anteil der Sprachen des ehemaligen Jugoslawien setzte sich aus 2,4% Serbisch, 2,1% Kroatisch, 0,5% Bosnisch, 0,3% Slowenisch und 0,1% Mazedonisch zusammen. Türkisch wurde von 2,3% und Ungarisch von 0,5% der österreichischen Wohnbevölkerung als Umgangssprache angegeben, gefolgt von Tschechisch mit 0,2% und Slowakisch mit 0,1%.

¹ Nichtdeutsche Umgangssprache einschließlich Doppelangaben mit Deutsch

Bei der ausländischen Bevölkerung mit nichtdeutscher Umgangssprache überwogen Sprachen des ehemaligen Jugoslawien mit einem Anteil von fast 40%. Nahezu ein Fünftel der österreichischen Wohnbevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit nannte Serbisch als die Sprache die im privaten Bereich gesprochen wird. An zweiter Stelle stand Türkisch mit 17,4% gefolgt von Kroatisch mit 14,8% und Bosnisch mit 4,4%. Ungarisch wurde von 2,1% angegeben und Slowenisch und Slowakisch immerhin noch von jeweils 1%. Tschechisch und Mazedonisch haben nur noch 0,9% bzw. 0,6% der ausländischen Bevölkerung als ihre Umgangssprache angegeben.

Ein Drittel der Österreicherinnen und Österreicher mit nichtdeutscher Umgangssprache nannte bei der Volkszählung 2001 eine Sprache des ehemaligen Jugoslawien als Sprache die im privaten Bereich gesprochen wird. 18,2% der österreichischen Staatsbürger, die eine andere Sprache als Deutsch als ihre Umgangssprache angaben, haben Türkisch, 7,8% Ungarisch und 3,3% Tschechisch angegeben. Von den im Burgenland lebenden Österreichern haben 9,3% eine andere bzw. zusätzliche Sprache neben Deutsch angegeben, die im privaten Bereich gesprochen wird. In Wien waren 12,5% der österreichischen Bevölkerung nicht ausschließlich deutschsprachig. In der Steiermark gab es mit 1,5% den geringsten Anteil an Österreichern, die nicht deutsch in ihrem privaten Umfeld sprachen.

3.3.5 Bildungsniveau der Migranten

Fassmann und Stacher (2003, S. 184) betonen, dass ältere Arbeitsmigranten und Frauen oft nur schlecht bzw. gar nicht lesen können und sie sind der deutschen Sprache nur sehr eingeschränkt mächtig. Sie weisen weiters darauf hin, dass sich Sprachbarrieren und geringe Bildung negativ auf die Gesundheitsversorgung von Immigranten auswirken.

Bei der von Ilić, Kavazović und Schornböck (2007, S. 30) durchgeführten Studie *Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung* zeigte sich, dass von den befragten

Personen speziell die serbische Bevölkerungsgruppe ein niedriges Bildungsniveau aufweist.

Unter der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von über 15 Jahren betrug die Akademikerquote bei der Volkszählung im Jahr 2001 7,5%. Die Matura nannten 11,4% und eine berufsbildende mittlere Schule 11,5% als höchste Schulbildung. Eine Lehrlingsausbildung hatten 33,9% abgeschlossen und 35,7% beendeten die Ausbildung mit dem Pflichtschulabschluss.

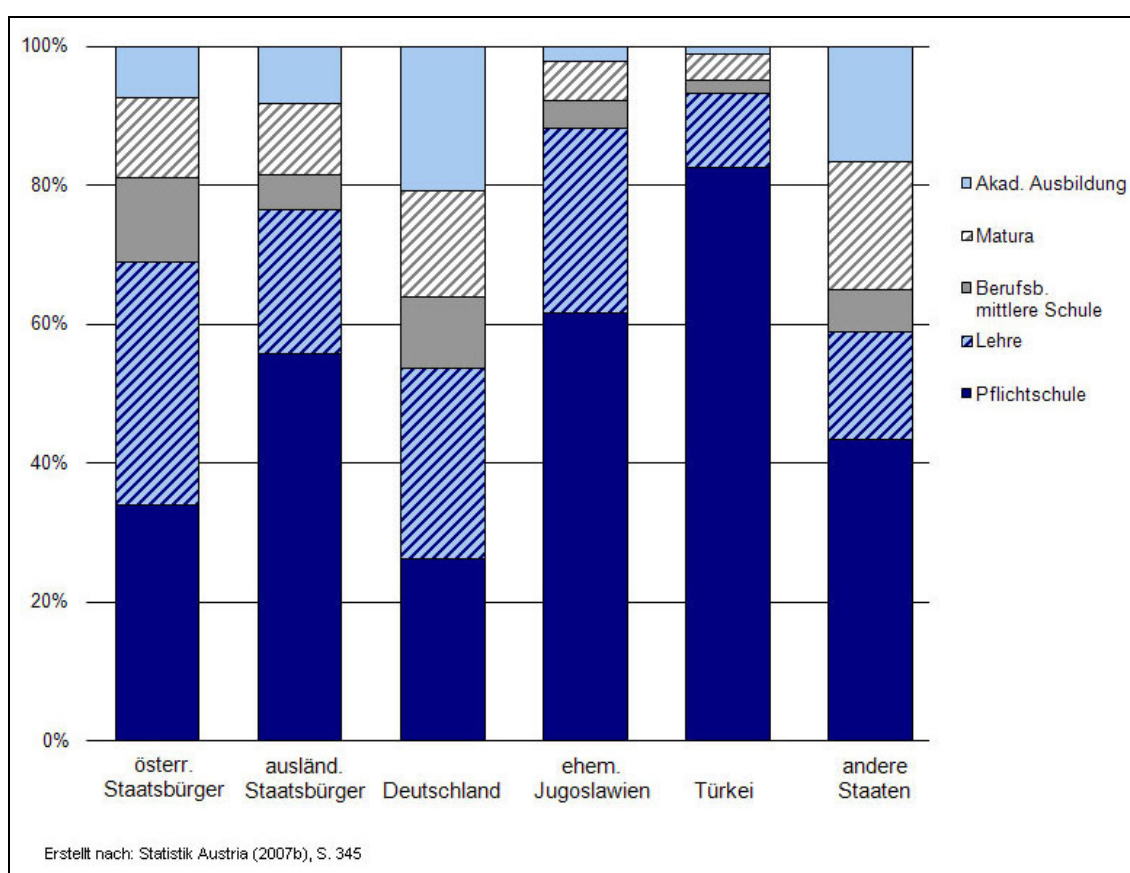


Abbildung 4: Österreichische Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählter Staatsangehörigkeit über 15 Jahre nach Bildungsstand

Der Vergleich zwischen Personen mit österreichischer und ausländischer Staatsangehörigkeit zeigt, dass die berufsbildende mittlere Schule und die Lehrlingsausbildung, zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001, eine Eigenschaft der österreichischen Bildungs- und Berufskultur ist. Wie in Abbildung 4 erkennbar ist, liegt die deutlich höhere Anzahl an Personen mit

nur Pflichtschulabschluss unter den ausländischen Staatsangehörigen hauptsächlich an der deutlich niedrigeren Bildungsstruktur der türkischen Staatsbürger und der Bürger der Nachfolgestaaten Jugoslawiens. Es zeigt sich auch, dass zwischen den Gruppen ausländischer Staatsangehöriger deutliche Unterschiede im Bildungsstand bestehen.

Laut Statistik Austria (2007b, S. 105) ist im Jahr 2001 die Akademikerquote innerhalb der österreichischen Wohnbevölkerung bei den Gruppen der Staatsbürger der EU-Länder oder auch der Schweiz und der USA höher als bei den Österreichern. Bei der Volkszählung 2001 drückte sich das durch eine höhere Anzahl an Personen mit akademischer Ausbildung bei den ausländischen Staatsbürgern (8,4%) im Vergleich zu den österreichischen Staatsbürgern (7,4%) aus. Bei der Gruppe der Staatsangehörigen der Türkei und des ehemaligen Jugoslawien gaben jedoch nur 2,3% bzw. 1,2% eine akademische Ausbildung an.

Die Matura wiederum haben 10,1% der ausländischen Bürger und 11,5% der Österreicher angegeben. Bei den Staatsbürgern der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien betrug der Anteil 5,6%, bei den türkischen Staatsangehörigen 3,8% und bei den Bürgern Deutschlands bzw. anderer Staaten lag er bei 15,2% bzw. 18,5%.

Der Ausbildungsweg einer berufsbildenden mittleren Schule wurde von der österreichischen Bevölkerung (12,2%) häufiger, als von der ausländischen (5,0%) wahrgenommen. Ähnlich verhielt es sich bei der Lehrlingsausbildung, wobei der Unterschied zwischen Österreichern und Nichtösterreichern hier nicht so deutlich war. Eine Berufsausbildung auf Basis einer Lehre nannten 35,1% der österreichischen Staatsbürger, 27,4% der Deutschen und 26,5% der Bürger des ehemaligen Jugoslawien. Nur bei den türkischen Staatsbürgern (10,8%) und den Bürgern anderer Staaten (15,5%) war die Anzahl der Personen mit Lehrabschluss geringer. Die Quote der Pflichtschulabsolventen war bei den ausländischen Staatsangehörigen höher als bei den österreichischen Staatsbürgern. Für zirka ein Drittel (33,8%) der Österreicher endete die Schulbildung mit der Pflichtschule. Bei der ausländischen Bevölkerung galt das im Vergleich

dazu für mehr als die Hälfte (55,6%) der Bürger. Dieser Unterschied entsteht unter anderem durch den geringeren Bildungsstand der Personen aus der Türkei und den Staaten des ehemaligen Jugoslawien (Statistik Austria, 2007b, S. 105). Die Mehrheit der in Österreich lebenden Türken (82,5%) hatte bei der Volkszählung im Jahr 2001 nur einen Pflichtschulabschluss vorzuweisen. Auch bei den Personen mit Staatsangehörigkeit der Nachfolgestaaten Jugoslawiens nannten immerhin fast zwei Drittel (61,6%) den Abschluss der Pflichtschule als ihre höchste Ausbildung.

Wie in Abbildung 5 zu sehen ist, bestand zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 zwischen Männern und Frauen der österreichischen Wohnbevölkerung in Bezug auf den Abschluss mit Matura und einer akademischen Ausbildung nur ein relativ geringer Unterschied. Bei den Männern hatten 12,0% und bei den Frauen 10,9% die Matura als höchste Schulbildung angegeben. Ähnlich verhielt es sich bei den Angaben zu einer akademischen Ausbildung. Bei den Männern hatten 8,0% eine akademische Ausbildung absolviert und bei den Frauen 6,9%.

Hingegen zeigten sich deutlichere Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Zahlen zur berufsbildenden mittleren Schule, der Lehrlingsausbildung und dem Pflichtschulabschluss. Die berufsbildende mittlere Schule wurde von mehr als doppelt so vielen Frauen (15,8%) als Männern (7,0%) als höchste Bildung genannt. Umgekehrt verhält es sich bei der Lehrlingsausbildung: annähernd doppelt so viele Männer (45,9%) wie Frauen (22,9%) hatten einen Lehrabschluss. Den höchsten Bildungsabschluss mit der Pflichtschule wiederum gaben 43,6% der Frauen und 27,0% der Männer an. Bei den Staatsbürgern des ehemaligen Jugoslawien haben 69,5% der Frauen und 54,6% der Männer ihre Schulbildung mit der Pflichtschule beendet.

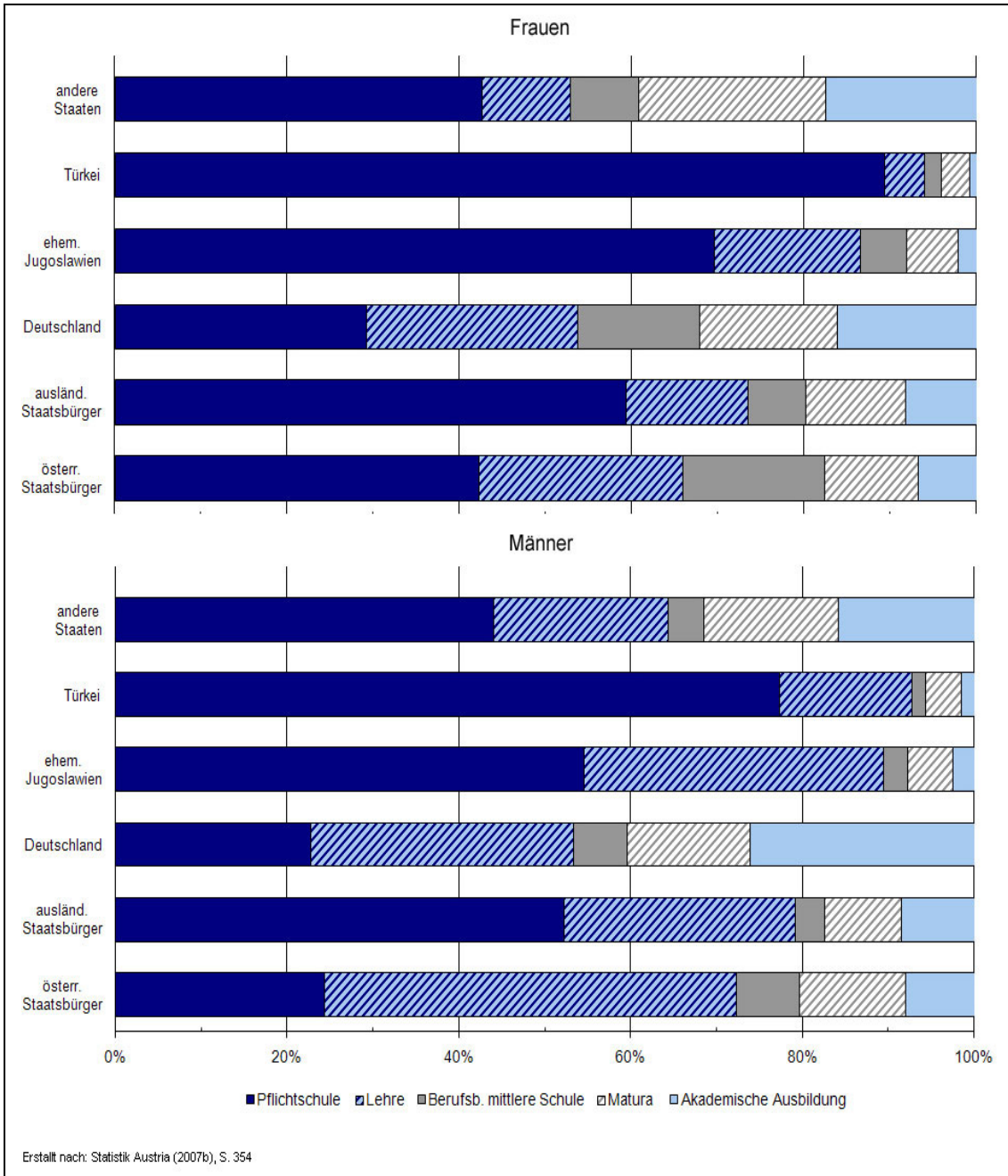


Abbildung 5: Frauen und Männer der österreichischen Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählter Staatsangehörigkeit und Bildungsstand

3.3.6 Religionsbekenntnis der Migranten

In Abbildung 6 wird gezeigt, dass die österreichische Wohnbevölkerung zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 noch immer mehrheitlich, beinahe zu drei Viertel (74%), der römisch katholischen Kirche angehörte. Die

zweitgrößte Gruppe (12%) umfasste die Kategorie der Personen ohne religiöses Bekenntnis. An dritter Stelle standen die Mitglieder der evangelischen Kirche, mit einem Prozentsatz von 5%. Die Islamische und Orthodoxe Glaubensgemeinschaft hatten einen Anteil von 4% bzw. 2%.

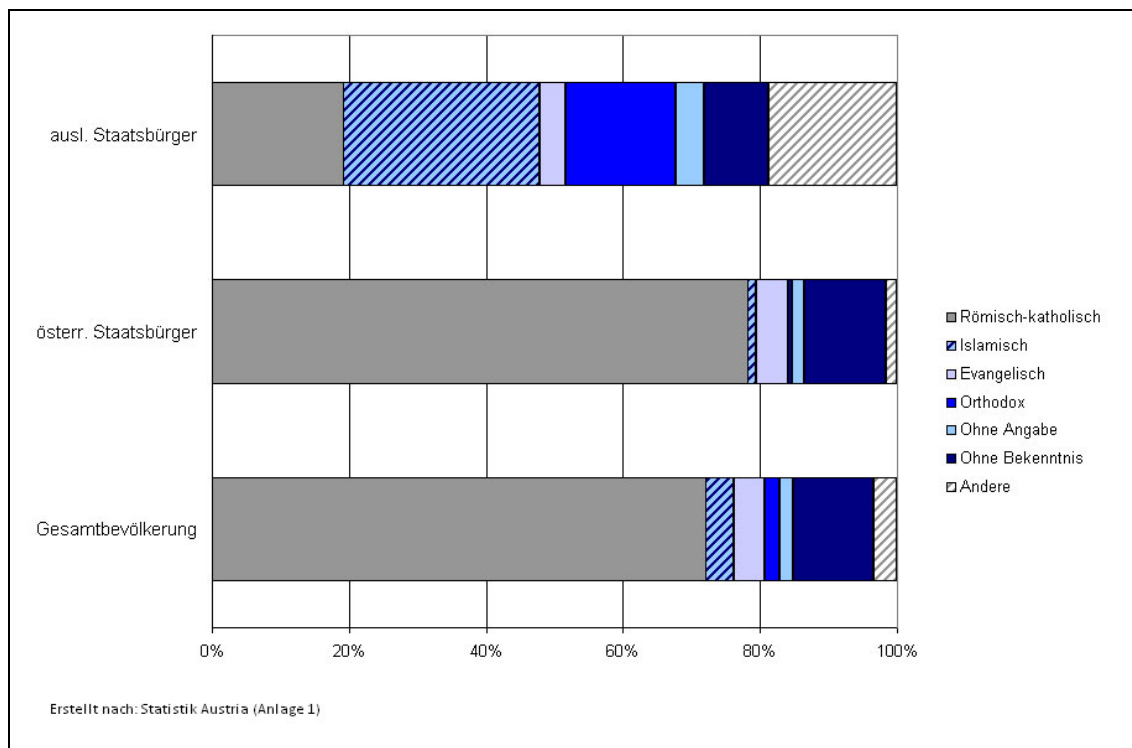


Abbildung 6: Österreichische Wohnbevölkerung 2001 nach Religionsbekenntnis

Die Religionsgemeinde des Islam bestand hauptsächlich aus ausländischen Staatsangehörigen (72%). Ähnlich verhielt es sich bei der Orthodoxen Kirche: von ihren Mitgliedern waren mehr als drei Viertel (76%) ausländische Staatsbürger. Hingegen setzte sich die Anhängerschaft der römisch katholischen Konfession zu 97% aus Österreichern zusammen. Ähnlich hoch (91%) war der Anteil an österreichischen Staatsbürgern bei der evangelischen Gemeinde.

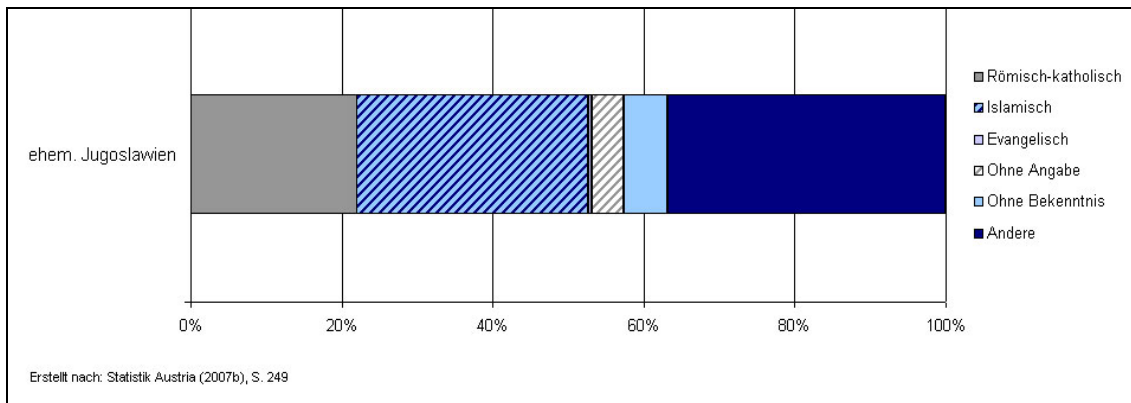


Abbildung 7: Staatsangehörige des ehemaligen Jugoslawien 2001 nach Religionsbekenntnis

Wie in Abbildung 7 zu sehen ist, haben von den Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawien 31% angegeben, dass sie der Islamischen Glaubensgemeinschaft angehören. Die römisch katholische Kirche wurde von 22% genannt und die evangelische Gemeinde von 0,6%. Von 36,8% der Staatsbürger des ehemaligen Jugoslawien wurde eine andere - in der Statistik nicht namentlich genannte - Glaubensgemeinschaft angegeben, worin offensichtlich auch die Angehörigen der orthodoxen Kirche inbegriffen sind.

4 Migration und Gesundheit

Für eine kultursensible Betreuung und Beratung von Migranten ist es notwendig mögliche Einflussfaktoren zu kennen, die sich auf Gesundheit und Krankheit von Migranten auswirken können. Teilweise bestehen zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung wesentliche Unterschiede im Krankheitsverständnis und hinsichtlich der Anforderungen an das Gesundheitssystem sowie im Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen. Im folgenden Teil der Arbeit sollen Einflussfaktoren des Gesundheitssystems auf das Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit dargestellt werden.

4.1 Migration als Problem der Gesundheitsversorgung

Die Veränderungen, die sich im Laufe der Migration vollziehen, verstehen Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach und Siefen (2006, S. 874) als die wohl umfassendsten und komplexesten, mit denen ein Mensch während seines Lebens konfrontiert werden kann. Kirkcaldy et al. betonen, dass Migration ein kritisches Lebensereignis ist, das alle bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann. Laut Spallek und Razum (2007, S. 452) wird die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten, sowohl kurzfristig nach der Migration, wie auch noch Jahre oder Generationen später, von mehreren Umständen bestimmt. Dazu zählen die Bedingungen in ihrem Herkunftsland vor der Migration sowie während des Migrationsprozesses und die Voraussetzungen im Zielland der Migration. Migranten sind, bedingt durch ihren Migrationshintergrund, eine gesundheitlich gefährdete Gruppe. Daher ist es erforderlich, dass sie von der Gesundheitsforschung und dem Gesundheitssystem besondere Beachtung erhalten, damit Risiken erkannt werden können und Hochrisikogruppen gezielt Aufmerksamkeit entgegengebracht werden kann (Spallek & Razum, 2007, S. 453).

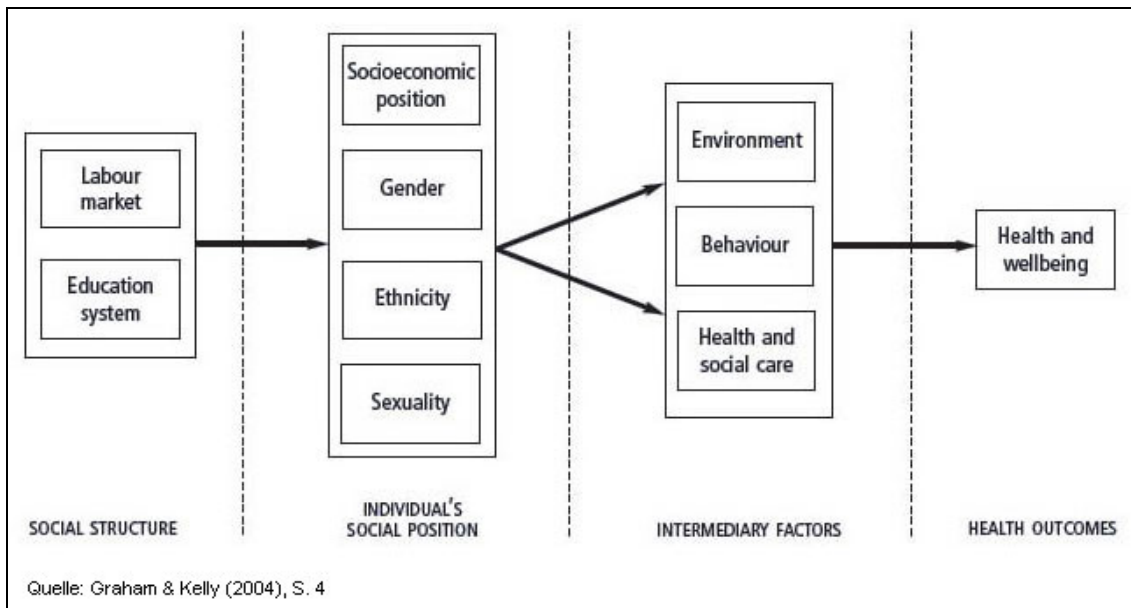


Abbildung 8: Determinanten für die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit

Graham und Kelly (2004, S. 4) zeigen in Abbildung 8, dass Gesundheit und Wohlbefinden vom sozialen Umfeld, den individuellen sozialen Stellungen der jeweiligen Person und ihrem Gesundheitsverhalten abhängig ist. Strukturelle Determinanten - zu denen Faktoren der Gesellschaftsstruktur und des gesellschaftlichen Status jedes Einzelnen zählen – beeinflussen die intermediären Faktoren, die letztendlich maßgeblich für Gesundheit und Wohlbefinden sind. Zu den intermediären Faktoren zählen Wohnsituation, Arbeitssituation, Verhalten und Versorgung mit Gesundheits- und Sozialleistungen.

Die bestimmenden Faktoren von Gesundheit und Krankheit sind vielfältig und stehen oft miteinander in Wechselwirkung (Bundesamt für Gesundheit (CH), 2002, S. 16; Lamprecht et al. 2006, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 23; Mielck, 2000, zitiert nach IOM International Organization for Migration, 2003, S. 27).

Nach den Ausführungen des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (2002, S.16) und Mielck (2000, zitiert nach IOM International Organization for Migration, 2003, S. 27) ist durch Forschungsergebnisse belegt, dass Migranten meist niedrigen sozialen Schichten oder benachteiligten

Berufsgruppen angehören, was negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Ebenso sind Alter, Geschlecht und genetische Disposition sowie politische, ökonomische, gesellschaftliche und umweltbezogene Rahmenbedingungen mitbestimmend für die Gesundheitslage der Migranten. Spallek und Razum (2007, S. 453) betonen, dass Migranten, bedingt durch deren kulturellen Hintergrund und/oder Tradition andere Lebensgewohnheiten und ein anderes Verständnis von Krankheit und Gesundheit als die Mehrheitsbevölkerung haben, was zu Unterschieden in gesundheitsrelevanten Lebensweisen führt. Zugangsbarrieren zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung verstärken die gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung (Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 13; Evrensel & Höbart, 2004, S. 70). Ein Gesundheitswesen muss gegenüber Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten aufgeschlossen sein. Mielck (2000, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 24) meint dazu, dass gesundheitliche Chancengleichheit dann gegeben ist, wenn alle dieselben Chancen haben, gesund zu sein bzw. ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen.

Nach Spallek und Razum (2007, S. 454) ist für Migranten der Zugang zu Versorgungsangeboten des Gesundheitssystems durch verschiedene Barrieren – Herkunftsland, kultureller und religiöser Ursprung, Länge und Aufenthalt im Zielland, sprachliche Fähigkeiten, Geschlecht, Bildungsstatus und soziale Schicht – eingeschränkt. Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen von Migranten können materielle und psychosoziale Belastungen, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und die Ausgestaltung des Gesundheitssystems herangezogen werden (Bundesamt für Gesundheit (CH), 2007, S. 24; Evrensel & Höbart, 2004, S. 71). Borde (2002, zitiert nach Weilandt, Rommel & Raven, 2003, S. 59) betont, dass Krankheit und Gesundheit in den verschiedenen Gesellschaften zum Teil unterschiedliche Bedeutung haben. Weiters kann davon ausgegangen werden, dass das Verhalten der Migranten in Bezug auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgungsangebote von Erfahrungen und Bedingungen in den Herkunftsländern

beeinflusst werden (Borde, 2002, zitiert nach Weilandt, Rommel & Raven, 2003, S. 59; Evrensel & Höbart, 2004, S. 69). Das Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz (2007, S. 39) stellte fest, dass das Fehlen zielgruppengerechter Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangebote ebenso zu Problemen im Umgang mit dem Gesundheitssystem führt.

4.1.1 Kulturspezifische Deutung von Krankheit und Krankheitsursache

Yildirim-Fahlbusch (2003, S. 214) versteht *Gesundheitsversorgung*, ebenso wie *Sprache*, *Religion* oder *Sozialstruktur*, als eine kulturelle Leistung, ein System symbolischer Werte und Vorstellungen, Praktiken und Techniken, eingebettet in eine Matrix aus Werten, Tradition, Vorstellungen und Formen ökologischer Anpassung. Körtner (2006, S. 185) betont, dass Gesundheit und Krankheit ein Prozess einer Auseinandersetzung zwischen Individuum und Umwelt mit allen objektiven und intersubjektiven Momenten ist, der Krankheit auslöst und den Umgang mit ihr beeinflusst. Als normative Grundlage für das Handeln in der Gesundheits- und Pflegeversorgung dürfen laut Körtner (2006, S. 185) nicht ausschließlich die eigenen Vorstellungen bzw. Definitionen dienen. Für eine kultursensible Gesundheitsversorgung gehe es darum, sich die Relativität des Erkennens und Handelns des Gesundheitswesens bewusst zu machen, um über kulturelle Unterschiede und Grenzen hinweg neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen. Laut Loycke (1992, zitiert nach Illhardt, 1998) ist es wenig hilfreich zu wissen warum Muslime kein Schweinefleisch essen und im Krankheitsfalle vom Ramadan befreit sind, wenn man nicht weiß, wie der konkrete Patient mit den Regeln umgeht, warum er auf Essen verzichten will usw. Loycke (1992, zitiert nach Illhardt, 1998) betont, dass man genau das aber nicht aus interkulturellen Regeln erfährt, sondern durch die Einfühlung in die jeweilige Situation des Patienten. Die Bestimmung von krank oder gesund ist auch von der zwischenmenschlichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient abhängig (Körtner, 2006, S. 186). Die Schwierigkeit zwischen kulturverschiedenen Patienten und Ärzten ist laut

Sich (1994, zitiert nach Illhardt, 1998, S. 32) rasch zu begreifen, man darf aber den Zusammenhang von Sprache und Verstehen nicht trivialisieren. Zu beachten sind Gemeinsamkeiten im Verstehen der Wirklichkeit, die uns umgibt und die wir teilen. Kultur, ist ein historisch überliefertes System von Bedeutungen, mit dem die Menschen ihr Wissen und ihre Einstellungen einander mitteilen, überliefern und weiterentwickeln (Sich, 1994, zitiert nach Illhardt, 1998, S. 32). Die Welten, aus denen Patienten und Ärzte kommen, sind oft sehr unterschiedliche, dies zu berücksichtigen ist wichtig (Illhardt, 1998, S. 33).

Laut Hermann (2000, S. 27) wird das System der Gesundheitsversorgung einer Gesellschaft durch bestehende Traditionen, Glaubensvorstellungen und kulturelle Praktiken, Techniken und Methoden der Heilung oder Vorbeugung von Krankheit mitbestimmt. Dadurch haben Krankheit und Gesundheit nicht in allen Gesellschaften die gleiche Bedeutung. In der Medizinethnologie stellt das spezifisch Kulturelle in der Forschung über Gesundheit und Krankheit das Hauptthema dar (Künzler-Amacher, 2005, S. 47). Die Ethnomedizin unterscheidet demnach zwischen drei Sektoren: dem populären Sektor, dem professionellen Sektor und dem volksmedizinischen Sektor. Der populäre Sektor ist jener, der die gesundheitliche Unterstützung innerhalb einer Gruppe oder der Familie durch Selbsthilfe und altbewährte Hausmittel beinhaltet. Der Bereich der modernen wissenschaftlichen Gesundheitsversorgung wird durch den professionellen Sektor abgedeckt. Der volksmedizinische Sektor wiederum betrifft alle Arten von Heilern, wie z.B. sogenannte Heilpraktiker oder Geistheiler. Diese drei Sektoren überschneiden sich häufig und können sich gegenseitig befruchten (Hermann, 2000, S. 27). Nach Auffassung von Hörbst (2002, S. 48) besteht in allen Kulturen - auch in den westlichen Industrienationen - ein Wechselspiel zwischen der wissenschaftlichen Gesundheitsversorgung und weiteren Methoden zur gesundheitlichen Versorgung wie z.B. volksmedizinische oder traditionelle. In Deutschland sei die wissenschaftliche Gesundheitsversorgung die dominierende Methode im Gesundheitssystem und parallel könnten die am Rande oder

außerhalb stehenden Heilpraktiker, Hellseher, Handaufleger, Gesundheitsbetreuer usw. herangezogen werden. In diesem gesellschaftlichen Grundverständnis der gesundheitsversorgenden Systeme finde sich die analytische Aufteilung von *sickness* in *disease* und *illness*, die von Kleinmann in die angelsächsische Medizinethnologie eingeführt wurde (Hörbst, 2002, S. 48).

Auf die Begriffe *disease* und *illness* geht Künzler-Amacher (2005, S. 47) näher ein. *Disease* bezeichnet wissenschaftlich beschreibbare Dysfunktionen der biologischen und psychischen Prozesse im Körper und *illness* die kulturelle Komponente – wie die Krankheit von der betroffenen Person und ihrer sozialen Umwelt wahrgenommen, erlebt und eingestuft wird. Unter *illness* ist also das Herstellen eines Sinnzusammenhangs zwischen der Erkrankung und dem in seine Umwelt eingebetteten Kranken zu verstehen. Der Mensch suche nicht nur nach der Heilung seiner gesundheitlichen Einbuße, sondern auch nach einer Erklärung, einem Grund für seine Erkrankung. Dabei könne er auf kollektive Erfahrungen und kulturelles Wissen zurückgreifen. *Disease* bzw. *Krankheit*, also der körperliche oder psychische Defekt, erhalte somit in einer zweiten Dimension durch die Deutung einen Sinnzusammenhang – das *Kranksein* bzw. *illness* (Künzler-Amacher, 2005, S. 48). Die Vorstellung von *illness* ist davon abhängig, wie die Krankheit vom Individuum selbst und von seiner Umwelt erlebt wird. Dazu zählen auch soziale Interaktionen wie Kommunikation im Familien- und Freundeskreis, die Zuwendung, die Vermittlung von eigenen Erfahrungen, von Heilpraktiken usw. (Künzler-Amacher, 2005, S. 48).

Nach den Ausführungen von Kleinmann (1980, zitiert nach Hörbst, 2002, S. 50) werden in der Medizinethnologie alle Aktivitäten der Behandelnden und Behandelten als Erklärungsmodelle bezeichnet. Diese medizinischen Erklärungsmodelle sind auf spezifische Krankheitsepisoden bezogen, die sich in individuellen Vorstellungen widerspiegeln. Sie beinhalten Krankheitsursache, Zeit des Auftretens und Art der Symptome, Art der Krankheit und deren Verlauf und Ernsthaftigkeit sowie die als notwendig erachteten Behandlungen und Aktionen für eine Besserung. Sie bestimmen

auch, welche Aspekte für spezifische Situationen als wichtig betrachtet werden (Kleinmann, 1980, zitiert nach Hörbst, 2002, S. 50). In der Behandlung stünden in erster Linie die Erklärungsmodelle der Experten und die der Patienten im Vordergrund. Sie unterscheiden sich oft in analytischem Gehalt, Abstraktionsniveau, Argumentationsform, Art der Sprache und gebrauchten Metapher. Laut Kleinmann (1987, zitiert nach Hörbst, 2002, S. 51) konzentrieren sich Experten vor allem auf die Diagnose, also die Einordnung der Symptome in ein wissenschaftlich-medizinisches Krankheitsbild. Die Patienten hingegen achten neben einer angestrebten Verbesserung ihres Gesundheitszustands auf den Umgang mit sich selbst und der Familie, auf die Auswirkungen der Krankheit, auf die Arbeitssituation usw. Patienten greifen für die Erklärung ihres Befindens auf verschiedenste Gesundheits- und Wissenssysteme – oft auch widersprüchliche – zurück.

Laut Hörbst (2002, S. 52) sind Erklärungsmodelle von Patienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund bzw. von Migranten komplexer und nicht gut verständlich. Sie greifen auf möglicherweise nicht bekannte kulturelle Bereiche zurück und können so andere Werte, Verhaltensweisen und Erwartungen umfassen. Migranten treffen mit ihren Vorstellungen, Werten und Gefühlen auf eine andere Gesellschaft und damit auf andere kulturell gefärbte Verhaltensformen, Erwartungen, Werte, Vorstellungen, Bedingungen und Bedeutungen bzw. deren unterschiedliche Gestaltungen. Herkömmliche Einstellungen und Werte können sich verstärken, Elemente der Fremdkultur werden möglicherweise in das eigene System integriert oder neue Umgangsweisen entstehen (Hörbst, 2002, S. 52).

Laut Hermann (2000, S. 28) werden umfassende Beschwerdebegriffe und deren Bedeutung, die nur im Rahmen ihres kulturellen Hintergrunds verstanden werden können, als *kulturspezifische Syndrome* bezeichnet. Ihre Krankheitsursachen stellen zentrale Bedeutungsfelder und Verhaltensnormen der jeweiligen Gesellschaften dar und fassen diese zusammenfassend. Um ein besseres Verstehen der unterschiedlichen Krankheitserfahrungen zu ermöglichen und um Missverständnisse

zwischen Arzt und Patient zu vermeiden, sind nach Hermann ausführliche Gespräche erforderlich. Er verweist darauf, dass Sprachvermittlung alleine dafür nicht ausreicht, es ist vielmehr notwendig, sich für den interkulturellen Vermittlungsprozess zu sensibilisieren und zu schulen (Hermann, 2000, S. 29).

4.1.2 Zugangsbarrieren des Gesundheitssystems für Migranten

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für Migrantinnen und Migranten häufig schwieriger als für die einheimische Bevölkerung (Bundesamt für Gesundheit (CH), 2002, S. 33; Wimmer-Puchinger, Wolf & Engleder, 2006, S. 884; Spallek & Razum, 2007, S. 452; Borde & Braun, 2003, S. 12; Evrensel & Höbart, 2004, S. 69). Spallek und Razum (2007, S. 454) weisen darauf hin, dass es für Migranten, durch die Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme des Herkunftslandes und des Ziellandes, schwierig ist einen Überblick über die vorhandenen Angebote und möglichen Ansprechpartner zu bekommen.

Das Gesundheitssystem des ehemaligen Jugoslawien, das 1991 von seinen Nachfolgestaaten übernommen wurde, wird von Simmons, Brborovic, Flmka, Roble, Bull, Spasovski und Baker (2005, S. 352) als eine einzigartige Mischung von Krankenversicherungswesen und einem Netz von Primärgesundheitsversorgung, quasi Selbstversorgungsorganisationen und einem Gesundheitsmanagement der jeweiligen Gemeinden beschrieben. Das Resultat war ein sehr liberales Gesundheitssystem, das an Anarchie erinnerte und mit dem niemand zufrieden war (Simmons et al., 2005, S. 352).

Laut Hasani und Berisha (2000, zitiert nach Künzler-Amacher, 2005, S. 23) war im ehemaligen Jugoslawien die Krankenversicherung an ein bestimmtes Arbeitnehmerverhältnis gebunden. Unter anderem hätten Eisenbahner, Militärs, Polizisten und ihre Angehörigen einen privilegierten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens und Medikamenten genossen (Künzler-Amacher, 2005, S. 23).

Nach Künzler-Amacher (2005, S. 24) ließ sich das *Health Service Delivery System* des ehemaligen Jugoslawien in drei Bereiche einteilen: „Ordinanzen“, Ambulatorien und regionale Spitäler sowie das Universitätsspital Prishtina. In den Ordinanzen, die als regionale Zentren die Grundversorgung im ambulanten Bereich gesichert haben, arbeiteten Allgemeinmediziner und wenige Krankenschwestern/-pfleger. Die Ambulatorien waren für große Gemeinden eingerichtet. In diesen Gesundheitseinrichtungen hat es keine terminlichen Vereinbarungen gegeben, die Patienten mussten daher mit langen Wartezeiten rechnen. Über eine Pflegeabteilung haben nur fünf regionale Spitalzentren und das Universitätsspital Prishtina verfügt (Künzler-Amacher, 2005, S. 25).

In Österreich ist der Zugang zur Krankenversicherung von der Erwerbstätigkeit bzw. von einer Mitversicherung abhängig. Für Kinder die Anspruch auf Kinderbeihilfe haben ist eine Mitversicherung möglich. Außerdem für Ehegatten und Lebensgefährten, mit denen ein gemeinsamer Wohnsitz besteht. Im Falle, dass eine Sozialhilfe bezogen wird, besteht auch ein genereller Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens, die Kosten werden aber von den Trägern der Sozialhilfe direkt getragen (Evrensel & Höbart, 2004, S. 69). Für Migrantinnen und Migranten ist aber laut Evrensel und Höbart (2004, S. 69) nicht nur der Zugang zur Krankenversicherung eine Barriere im österreichischen Gesundheitswesen, sie bringen auch andere Voraussetzungen für Behandlungen mit als die Mehrheitsbevölkerung, sie sind oft mehr Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Wekker und Lupaszko-Hizden (2004, S. 10) betonen, dass sich bei der Behandlung ausländischer Patienten häufig das Problem stellt, dass sie der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind. Da sich auch die Art der nonverbalen Kommunikation in den verschiedenen Kulturen unterscheidet, fördert sprachliche Fremdheit die allgemeine Fremdheit und Isolation.

Durch die Sprachbarriere verpassen ausländische Patienten die täglichen informellen Gespräche mit dem Pflegepersonal. Aber gerade diese Gespräche können Vertrauen und Beruhigung schaffen. Die

Patienten fühlen sich bevormundet und dadurch macht sich bei allen Beteiligten Unzufriedenheit breit. Aus Kommunikationsproblemen resultierende Missverständnisse können Verhaltensweisen wie Gereiztheit, Resignation und Unsicherheit entstehen lassen, was die Beziehung zum Patienten massiv beeinträchtigt (Wekker & Lupaszko-Hizden, 2004, S. 10).

Yildrim-Fahlbusch (2003, S. 214) betont, dass der durch die Verständigungsprobleme und das mangelnde Verständnis von Krankheitsursache und Krankheitsprozess vermehrte Einsatz von technischen Hilfsmitteln bei Diagnostik und Therapie von einigen Patienten mit Migrationshintergrund als Aufwertung betrachtet von anderen aber auch kritisiert wird. Von einigen Migranten werde negativ angemerkt, dass in unseren Gesundheitseinrichtungen zwar gute Geräte vorhanden sind, das Gesundheitswesen aber nicht menschlich sei (Yildrim-Fahlbusch, 2003, S. 214).

Weiss (2003, zitiert nach Evrensel & Höbart, 2004, S. 70) ist der Auffassung, dass neben der Interaktion mit dem Personal der Gesundheitseinrichtungen eine umfangreiche Anamnese ein weiterer Faktor ist, der eine Behandlung von Migranten beeinflusst. Aus medizinethnologischer Sicht ist die Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte bei der Anamneseerhebung eine Notwendigkeit. Herkunft, Migration und Integration stehen in enger Wirkung zueinander und sind besonders wichtige Aspekte in der Anamneseerhebung (Weiss, 2003, zitiert nach Evrensel & Höbart, 2004, S. 70). Bei der medizinethnologischen Anamnese sind nach Weiss (2003, zitiert nach Evrensel & Höbart, 2004, S. 71) zur Herkunftsgeschichte die rechtliche-, die soziale- und die ökonomische Situation, das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitsangebote und deren Nutzung zu beachten. In Bezug auf die Migrationsgeschichte ist Motivation, Flucht, Verlauf und Traumatisierung von Bedeutung. Hinsichtlich Integrationsgeschichte ist die rechtliche Lage, die soziale Lage, transnationale Netzwerke, die ökonomische Situation und das Gesundheitsverhalten zu erfragen. Durch die Erhebung der genannten Aspekte könne sichergestellt werden, dass hinsichtlich Diagnostik und

Therapie alle relevanten Faktoren berücksichtigt werden und die Verständigung zwischen dem Gesundheitspersonal und den Migranten funktioniere (Weiss, 2003, zitiert nach Evrensel & Höbart, 2004, S. 71).

Laut Mielck (1999, zitiert nach Pochobradsky, Habl und Schleicher, 2002, S. 9) wird in Deutschland in der sozialepidemiologischen Forschung seit vielen Jahren der Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheit untersucht. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass Personen mit geringem sozioökonomischen Status meistens eine erheblich höhere Mortalität und Morbidität aufweisen als Personen mit höherem Status (Mielck, 1999, zitiert nach Pochobradsky et al., 2002, S. 9). Die Ergebnisse des Mikrozensus der Statistik Austria belegen laut IOM International Organization for Migration (2003, S. 28) die schlechtere soziale Stellung von Migranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich.

4.2 Gesundheitsverhalten von Migranten

Ein wichtiger Faktor für das Gesundheitsverhalten ist nach Auffassung des Bundesamt für Gesundheit (2007, S. 39) die Gesundheitskompetenz. Damit ist die Fähigkeit des Einzelnen gemeint, in verschiedenen Bereichen des Alltags Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Laut Borde, Braun und David (2003, zitiert nach Kirkcaldy et al., 2006, S. 873) suchen Migranten die psychosozialen und medizinischen ambulanten Angebote in Deutschland kaum auf, sind aber verstärkt in Notfallambulanzen anzutreffen. Rückschlüsse aus klinischen und epidemiologischen Studien hinsichtlich der Ursachen würden aber durch methodische und begriffliche Probleme, wie kulturelle Äquivalenz psychometrischer und medizinischer Diagnoseverfahren, kulturell beeinflusste diagnostische Fehleinschätzungen und Zugangshindernisse bei der Nutzung medizinischer, psychologischer und therapeutischer Einrichtungen erschwert (Tanaka-Matsumi & Draguns, 1997, zitiert nach Kirkcaldy et al., 2006, S. 873; Bischoff, 2003, S. 22). Im Rahmen einer in Deutschland durchgeführten Studie zur Analyse der Zugänglichkeit bei

Frankfurter Gesundheitsinstitutionen zeigte sich laut Gaitansides (2001, S. 181, zitiert nach Schröttner & Sprung, 2003, S. 5), dass Migrantinnen und Migranten nur unzureichend von den Angeboten der öffentlichen Gesundheitsdienste erreicht werden. Von Migranten werden präventive oder nachsorgende Einrichtungen am wenigsten genutzt. Ebenso hat sich bei mehreren in Deutschland durchgeführten Untersuchungen gezeigt, dass der Betreuungsprozess mit ausländischen Patienten überdurchschnittlich oft abgebrochen wird. Die Beratung von Migranten ist schwieriger oder weniger erfolgreich als bei einheimischen Klienten (Gaitansides 2001, S. 181, zitiert nach Schröttner & Sprung, 2003, S. 6).

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich im Verlauf der Untersuchungen bei der in der Schweiz von 2002 bis 2007 laufenden Studie *Migration und Gesundheit (2002-2007)*. Im Zuge dieser Forschung ist festgestellt worden, dass die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Spitalsleistungen unter Migranten teilweise stark erhöht ist (Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 36). Auch Rommel et al. (2006, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 35) weisen darauf hin, dass laut dem *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung* in der Schweiz Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung eine eher geringe Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aufweisen. Es hat sich ebenfalls bei der Krebsvorsorgeuntersuchung gezeigt, dass der Anteil bei den Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien vergleichsweise niedrig war (Rommel et al., 2006, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 35).

Auch in Österreich hat eine durchgeführte Befragung aufgezeigt, dass Migrantinnen und Migranten allgemein seltener zu niedergelassenen Ärzten als in Ambulanzen gehen. Weiters wurde im Zuge dieser Studie festgestellt, dass durch Kommunikationsprobleme, Kulturdifferenzen und Informationsmangel bei den Migranten eine Unzufriedenheit mit der österreichischen Gesundheitsversorgung entsteht (Wimmer-Puchinger, Wolf & Engleder, 2006, S. 888; Evrensel & Höbart, 2003, S. 41).

Eine in Schweden durchgeführte Studie, bei der das Krankheitsverständnis von Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit dem

von Schwedinnen in Bezug auf Diabetes Mellitus verglichen wurde, zeigte laut Hjelm, Nyberg, Isacsson und Apelqvist (1999, S. 1150), dass jugoslawische Patientinnen meistens aus anderen Gründen im Krankenhaus Hilfe suchten. Erst im Zuge eines stationären Krankenhausaufenthalts ist es dann zur Diagnose Diabetes Mellitus gekommen. Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien nannten hauptsächlich Schmerzen und Müdigkeit als Symptome und zeigten Wissenslücken in der Diskussion über Diabetes Mellitus und Insulin. Die jugoslawischen Frauen haben die Krankheit häufig mit ihrer Migration in Verbindung gebracht und als potentielle Krankheitsursache öfter soziale Bedingungen, übernatürliche Gründe wie Schicksal oder böse Geister genannt (Hjelm et al., 1999, S. 1150). Obwohl die Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien angaben, sie wären sehr gut vom schwedischen Gesundheitspersonal betreut worden und hätten hohes Vertrauen in die Ärzte, haben sie oft ihren Diätplan nicht eingehalten. Sie halten an Traditionen fest und führen die Maßnahmen zur Selbstüberwachung und Vorbeugung nicht durch. Zu erklären sei dieses Verhalten möglicherweise durch eine niedrigere Eigenverantwortung aufgrund der früheren Erfahrungen in einer kollektivistischen Gesellschaft (Hjelm et al., 1999, S. 1157).

Bei einer ähnlichen ebenfalls in Schweden durchgeführten Studie wurde untersucht welche Faktoren Männer mit Diabetes und mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund für die Entstehung ihrer Krankheit verantwortlich machen. Dabei konnte festgestellt werden, dass Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien ungesundes Essen, Rauchen und Alkoholkonsum als negative Faktoren sehen, weitere Faktoren wurden kaum genannt. In Bezug auf die Auswirkungen von Diabetes und die Verwendung von Insulin wiesen sie Wissenslücken auf (Hjelm, Bard, Nyberg & Apelqvist, 2005, S. 52).

Bei einer in Queensland durchgeführten Studie über den Gesundheitszustand von Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien hatten die Frauen mehrheitlich angegeben, dass sich ihr Gesundheitszustand nach der Migration eher verschlechtert als verbessert habe

(Markovic, Manderson, Kelaher, 2002, S. 5). Die im Rahmen der Studie durchgeführte Datenanalyse hat nach den Ausführungen von Markovic et al. (2002, S. 5) gezeigt, dass die von der Regierung und den Gesundheitsorganisationen durchgeführten Maßnahmen den Gesundheitszustand und das Gesundheitsrisiko von Migrantinnen nur zu einem geringen Teil beeinflussen können. Nur wenige der befragten Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien hatten angegeben, dass von ihnen das *Queensland Program of Assistance to Survivors of Torture and Trauma*, ein von der Regierung unterstütztes Programm, wahrgenommen wurde (Markovic et al., 2002, S. 5). Als Lösung für ihre physischen und psychischen Gesundheitsprobleme sei von den Frauen am häufigsten eine bessere finanzielle Absicherung angegeben worden. Zur Verbesserung ihrer Gesundheitsproblematik würden es Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bevorzugen, sich auf ihre eigenen Fähigkeiten und ihr eigenes Wissen zu verlassen. Von jenen Frauen, die professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, wäre von einigen die Art und Weise der angebotenen Hilfe als ungeeignet erachtet worden. Im Speziellen seien ihnen die Fragen über ihre Vergangenheit, das heißt, das was sie erlebt hatten, unangenehm gewesen (Markovic et al., 2002, S. 9). Die Daten der Studie zeigen laut Markovic et al. (2002, S. 10), dass migrationsspezifische Stressoren wie Arbeitslosigkeit, geringer sozialer Status, keine entsprechende Arbeit und das Gefühl der Isolation eine Verschlechterung des psychischen und physischen Wohlbefindens nach der Migration verursachen.

4.3 Gesundheitsprobleme der Migranten

Bei Migranten, die lange Zeit schwere körperliche Arbeit verrichtet haben, finden sich in späteren Lebensphasen überdurchschnittlich häufig Altersbeschwerden wie Rheuma und chronische (Rücken-)Schmerzen (Bolzman et al., 2004, Hungerbühler 2004, Rommel et al. 2006, Keel 2001, Kilcher & Spiess 2003, Kläui 2004, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 29; IOM International Organization for Migration, 2003, S. 40).

Besonders typische (psycho)somatische Krankheiten bei Migranten sind Schmerzen des Bewegungsapparates, Migräne, Brustschmerzen, Magenleiden und Schlaflosigkeit (Negovetic, 2001, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 29; IOM International Organization for Migration, 2003, S. 40).

Als Erklärungsmöglichkeiten für Krankheitsprozesse in der Migration wurden bis in die 1970er Jahre nach Yildirim-Fahlbusch (2003, S. 214) psychoanalytische Ansätze herangezogen. Später waren es vor allem stresstheoretische Ansätze mit Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung und in jüngster Zeit werden Stresstheorien mit der biografischen Psychoanalyse verknüpft. Durch soziologische und sozialpsychologische Modelle können zusätzlich wesentliche Erklärungsmöglichkeiten für die verschiedenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit der Migranten geboten werden (Yildirim-Fahlbusch, 2003, S. 214).

Von Machleidt, Garlipp und Calliness (2005, zitiert nach Kirkcaldy et al., 2006, S. 873) wird die erfolgreiche Integration von Migranten in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem als Kernthema der kulturellen Öffnung des Gesundheitssystems gesehen. In Deutschland bilden laut Machleidt (2002, S. 1208) die 12 Sonnenberger Leitlinien die Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten und deren Integration in die Gesellschaft. Im Wesentlichen geht es bei den 12 Sonnenberger Leitlinien um die interkulturelle Öffnung der Gesundheitseinrichtungen durch kulturelle Sensibilität. Es sollen multikulturelle Teams gebildet werden, Dolmetscher und Kulturmediatoren sollen eingesetzt werden und die mehrsprachigen Informationen über das psychiatrische Versorgungssystem sollen verbessert werden (Machleidt et. al, 2005, S. 55). Die Leitlinien sollen nach Machleidt (2002, S. 1208) helfen, Migranten mit ebenso hohen Standards zu behandeln wie Einheimische. Unter anderem sollen die zwölf Sonnenberger Leitlinien den Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung

durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz erleichtern. Sie sollen die Bildung multikultureller Behandlungsteams durch bevorzugte Anstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz fördern und den Einsatz von psychologisch geschulten Fachdolmetscherinnen und Fachdolmetschern organisieren. Weiters empfehlen die Leitlinien eine enge patientenbezogene Kooperation mit den Migrantengruppen und die Verbesserung mehrsprachiger Informationen über den Aufbau des Versorgungssystems und dessen Aufgaben (Machleidt, 2002, S. 1209).

Migranten sind neben den psychischen Gesundheitsproblemen laut dem Bundesamt für Gesundheit (2007, S. 28) auch in besonderem Maß von Infektionskrankheiten betroffen. In den meisten westlichen Ländern nimmt laut Zellweger (2003, S. 556) unter den gemeldeten Tuberkulosefällen der Anteil der im Ausland geborenen Personen zu. HIV-Infektionen und Hepatitis sind nach Spallek und Razum (2007, S. 452) Gesundheitsstörungen, die bei Einwanderern aus so genannten Hochprävalenzländern häufig auftreten. Weitere Aspekte der gesundheitlichen Probleme von Migranten sind beispielsweise Sucht (Drogen, Alkohol, Nikotin), sexuell übertragbare Erkrankungen oder auch Behinderung (IOM International Organization for Migration, 2003, S. 40).

Die Gesundheitsprobleme der älteren Migrantinnen und Migranten gewinnen zunehmend an Gewicht, da ihr Anteil – trotz der generell jüngeren Altersstruktur dieses Bevölkerungsanteils – stetig ansteigt (Höflinger, 2000, Leu et al. 1998, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2007). Alle Länder der westlichen Industriegesellschaft stehen nach Auffassung von Wimmer-Puchinger et al. (2006, S. 884) vor der Herausforderung, soziale Systeme abzusichern und Integrationsmaßnahmen weiterzuentwickeln, um der sozialen Ausgrenzung zu begegnen. Infolge stärker werdender internationaler Migration, Veränderungen der Haushaltstrukturen und neuer Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern entstehen strukturelle Veränderungen. Das betrifft Veränderungen am Arbeitsmarkt und demographische

Veränderungen ebenso wie eine wachsende ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt. Dadurch entstehen für sozial besonders gefährdete Gruppen neue Risiken (Wimmer-Puchinger et al., 2006, S. 884). Im Bericht des *Europäischen Rates von Nizza* wurden Ziele vereinbart, um den zukünftigen Gefahren für sozial schwache Gruppen entgegen zu wirken. Diese Ziele beinhalten die Erleichterung des Zugangs zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen, Maßnahmen zugunsten der sozial Schwachen, Vermeidung der Ausgrenzung und Mobilisierung aller Akteure (Wimmer-Puchinger et al., 2006, S. 884). Von der WHO wurden ebenfalls drei Grundsatzmaßnahmen zum Abbau von ungleichen Chancen, gesund zu bleiben und zur Förderung der Gesundheit bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen gefordert. Der verstärkte Bedarf an Versorgung, der durch Chancengleichheit bewirkt wird, wird durch Qualität der Gesundheitsversorgung ausgeglichen werden. Das Risikofaktoren-Niveau und andere gesundheitliche Gefahren seien zu verringern und im Umgang mit gesundheitlichen Risiken müsse Hilfe zur Verfügung stehen (Dahlgren & Whitehead, 1993, zitiert nach Pochobradsky, Habl und Schleicher, 2002, S. 8).

4.4 Lebenslagen älterer Migranten in Österreich

Die meisten Migranten entscheiden sich laut Kirkcaldy et al. (2006, S. 874) für Aufnahmeland, die ihnen bessere wirtschaftliche Möglichkeiten und eine höhere Lebensqualität für sich und ihre Angehörigen bieten können. Die Hoffnung auf finanzielle Absicherung, wirtschaftlichen Erfolg und eine bessere Lebenssituation erfülle sich jedoch oft nicht.

Bei den Untersuchungen von Iljić, Kavazović und Schornböck (2007, S. 34) zeigte sich, dass für Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien neben Familiennachzug und einer besseren Schulbildung für die Kinder, eine bessere Lebensqualität in Österreich und die ungewisse Altersversorgung in der Heimat Gründe für das Bleiben in Österreich sind. Der Verbleib in Österreich wird jedoch von vielen Migrantinnen und Migranten auch als Scheitern ihrer Lebensplanung gesehen. Das ist

bedingt durch den Wegfall der Begründung für das Bleiben im Aufnahmeland, was bis zum Ende der Erwerbstätigkeit mit Arbeit begründet wurde. Trotz starker Bindung an Österreich bleibt bei den Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien laut Iljić et al. (2007, S. 33) und Reinprecht (2006, S. 143) die Rückkehrabsicht in ihr Heimatland im Hintergrund bestehen. Bei der in Wien durchgeführten Studie zur Lebenssituation von Senioren wurde laut Reinprecht (2006, S. 133) festgestellt, dass etwa ein Drittel der befragten Migranten in Österreich bleiben möchte. Nahezu ein Fünftel hat den Wunsch in das Herkunftsland zurückzukehren und ein weiteres knappes Fünftel ist noch unentschlossen. Für den restlichen Teil der Befragten ist die Vorstellung zwischen dem ehemaligem Heimatland und Österreich zu pendeln eine Möglichkeit (Reinprecht, 2006, S. 133). Laut Dietzel-Papakyriakou (1993, zitiert nach Kremla, 2004, S. 51) wird die Entscheidung über ihre Zukunft und die Altersplanung von Migranten hinausgezögert, um die Bilanz über das Migrationsprojekt und eine Entscheidung zwischen Rückkehr und Bleiben aufzuschieben.

Das Wohlbefinden, die allgemeine Lebenssituation, die Erwartungen für die Zukunft und die Einstellungen gegenüber dem Älterwerden hängt laut Reinprecht (2006, S. 47) sehr stark von den Ereignissen und Erlebnissen des bisherigen Lebens der Migranten ab. Dazu zählen die ursprünglichen Motive der Migration, die tatsächliche Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland und der berufliche Lebenslauf ebenso wie die Alltagserfahrungen in der neuen Umgebung. Migranten fühlen sich im Vergleich zu Österreichern in allen zentralen Lebensbereichen stärker belastet. Umwelteinflüsse, berufliche Belastungen, die Wohnsituation, materielle und psychosoziale Belastungen sowie rechtliche Unsicherheit haben einen starken Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Migranten (Reinprecht, 1999, S. 58). Feigenfeld und Hartig (2001, zitiert nach Fassmann & Stacher, S. 111) konnten im Rahmen ihrer Untersuchung zeigen, dass in Wien mehr als ein Viertel der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zu dem am schlechtesten gestellten Teil der Bevölkerung Wiens zu zählen sind. Verantwortlich für die

schlechtere Lage von Migranten sind nach Feigenfeld und Hartig schlechte Arbeitsbedingungen, die Ausübung unqualifizierter Tätigkeiten und das niedrige Einkommensniveau. Auch Gerling (2003, S. 218) verweist im Rahmen ihrer Dissertation, in der sie das Angebot der sozialen Dienste für zugewanderte Seniorinnen und Senioren in Deutschland und Großbritannien vergleicht, auf die deutliche Benachteiligung bezüglich der Lebenslage von älteren Migranten. In beiden Ländern ist im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung die Einkommens- und Versorgungssituation, die Wohnverhältnisse, die Planungs- und Integrationsverhältnisse sowie der Gesundheitszustand von zugewanderten Älteren schlechter als bei den Einheimischen (Commission for Racial Equality, 1995; Butt & Mirza, 1996; Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 1998, Kauth-Kokshoorn & Schneiderheinze, 1998 zitiert nach Gerling, 2003, S. 218).

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse relevanter Untersuchungen bezüglich der Lebenslagen und der Altersplanung von älteren Migranten dargelegt.

4.4.1 Wohnsituation

Ältere Menschen verbringen bis zu vier Fünftel ihrer Zeit in ihren Wohnungen und bei Einschränkung der Mobilität kann die Wohnung sogar zum alleinigen Lebensmittelpunkt werden. Die Wohnqualität und die Ausstattung der Wohnung ist somit ein wichtiges Kriterium für subjektives Wohlbefinden und das Fortführen eines selbst bestimmten Lebens (Schopf & Naegele, 2005, S. 389; Özcan & Seifert, 2003, S. 21).

In Österreich wohnen Migranten mehrheitlich in Altbauwohnungen, was durch die unterschiedlichsten Anforderungen und Bedingungen für den Zugang zu einzelnen Bereichen des Wohnungsmarktes zu erklären ist. Knapp 85% der Personen aus Ex-Jugoslawien, im Vergleich zu 33% der Österreicher, haben 1991 in Wohnungen gelebt, die vor 1919 errichtet wurden (Fassmann & Stacher, 2003, S. 111). Von den Personen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien ist mehr als ein Drittel, aufgrund

ihrer finanziellen Lage, noch immer auf Substandardwohnungen angewiesen (Griffinger 1999, zitiert nach Fassmann & Stacher, S. 112).

Eine ähnliche Situation bezüglich der Wohnqualität von Migrantinnen und Migranten wird ebenso für Deutschland beschrieben (Schopf & Naegele, 2005, S. 388; Özcan & Seifert, 2003, S. 22; Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 18). Die Untersuchungen von Kobi (2007, S. 47) zeigten, dass auch in der Schweiz Migranten, speziell aus Serbien/Montenegro, in billigeren Wohnungen als Schweizer leben.

Neben der Benachteiligung hinsichtlich der schlechteren Ausstattung der Wohnungen - sowohl in Österreich und der Schweiz als auch in Deutschland - steht Migranten auch noch immer eine geringere Wohnfläche im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zur Verfügung (Fassmann und Stacher, 2003, S. 113; Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 23; Schopf & Naegele, 2005, S. 388; Özcan & Seifert, 2003, S. 23). Im Durchschnitt leben in Haushalten der ausländischen Staatsangehörigen mehr Personen als bei der einheimischen Bevölkerung der Fall ist (Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 24; Schopf & Naegele, 2005, S. 388; Fassmann & Stacher, 2003, S. 113). Laut Fassmann und Stacher (2003, S. 113) haben im Jahr 2000 ungefähr die Hälfte der Bevölkerungsgruppe aus der Türkei und des ehemaligen Jugoslawien in Österreich weniger als 45 m² Wohnfläche zur Verfügung gehabt. Demgegenüber trifft das auf weniger als ein Fünftel der österreichischen Staatsbürger zu.

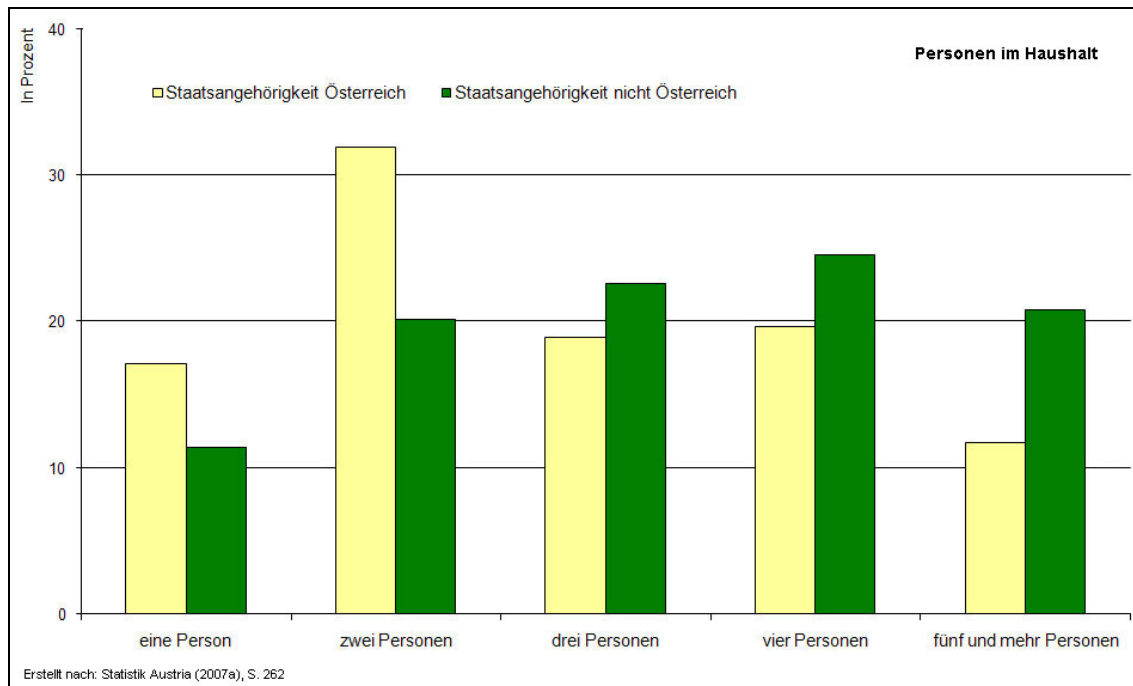


Abbildung 9: Österreichische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Haushaltsgröße

Wie in Abbildung 9 gezeigt wird, wohnt die größte Gruppe der ausländischen Personen in Österreich in Vierpersonenhaushalten, die der österreichischen Personen in Zweipersonenhaushalten (Statistik Austria, 2007a, S. 262).

Laut Gesundheitsamt Bremen (2004, S. 23) ist in Deutschland der Anteil der Haushalte mit fünf oder mehr Personen unter der ausländischen Bevölkerung doppelt so hoch wie bei den deutschen Haushalten. In der Schweiz nehmen bei älteren Personen aus Serbien/Montenegro die erweiterten Paar- und Familienhaushalte zu, während Schweizerinnen und Schweizer eher alleine alt werden. Innerhalb der Gruppe der 60- bis 64Jährigen Migranten aus Serbien/Montenegro konnte festgestellt werden, dass der Anteil der erweiterten Familienhaushalte das Zehnfache des Anteils der schweizer Bevölkerung beträgt (Kobi, 2007, S. 29).

Migranten suchen sich häufig Wohnungen in Stadtteilen, in denen bereits viele Angehörige der eigenen Herkunftsländer leben. Für neu ankommende Immigranten stellen diese ethnischen Stadtviertel eine Orientierungs- und Integrationshilfe dar (Volf, 2001; Kohlbacher & Reeger 2002, zitiert nach

Schütz, 2004, S. 59). Das Gesundheitsamt Bremen (2004, S. 18) sowie Giffinger und Wimmer (2002, zitiert nach Schütz, 2004, S. 58) stellen fest, dass das Phänomen der Segregation von Ausländern nicht nur auf Zugangsbarrieren am Wohnungsmarkt zurückzuführen ist und auch nicht nur als ausschließlich negativ zu sehen sei. Jedoch sind segregierte Stadtteile oft auch sozial unterprivilegiert und gekennzeichnet von schlechterem Lebensstandard bzw. minderwertig ausgestatteten Wohnungen (Volf, 2001; Kohlbacher & Reeger 2002, zitiert nach Schütz, 2004, S. 59). Wenn unterschiedliche ethnische Gruppen und einheimische Unterschichtangehörige in unfreiwilliger Nachbarschaft in diesen Stadtteilen aufeinander treffen und um Ressourcen konkurrieren, könne eine konfliktträchtige Situation entstehen (Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 18).

4.4.2 Einkommensverhältnisse

Ein Vergleich des Haushaltseinkommens der österreichischen Wohnbevölkerung zeigt deutliche Unterschiede zwischen Immigranten und Österreichern (Volf, 2001, zitiert nach IOM, 2003, S. 59). Das erhöhte Armutsrisiko der Migranten ist laut Förster und Heizmann (2003, zitiert nach IOM, 2003, S. 60) vom niedrigeren Erwerbseinkommen abhängig. Dies wiederum ist bedingt durch eine niedrigere Beschäftigungsquote, das niedrigere Bildungs- und Qualifikationsniveau sowie das höhere Ausmaß an Beschäftigung in Niedriglohnbranchen (Biffel et al., 2002, zitiert nach IOM, 2003, S. 60). Von den Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien üben 59% eine Tätigkeit als angelernte Hilfsarbeiter aus (Reinprecht, 2006, S. 17). Reinprecht (2005, S. 61) verweist weiters darauf, dass nur ein Fünftel der Migranten, die bereits in Pension sind, über eine reguläre Alterspension verfügt. Während von den über 50-jährigen österreichischen Staatsangehörigen mehr als zwei Drittel ihren Lebensunterhalt aus einer Pension beziehen, trifft das nur auf zwei Fünftel der Staatsbürger des ehemaligen Jugoslawien bzw. auf ein Drittel der Personen aus der Türkei zu (Reinprecht, 2006, S. 17). Auch in Deutschland machen Untersuchungen

deutlich, dass ausländische Seniorinnen und Senioren durchschnittlich über ein geringeres Nettoeinkommen verfügen als deutsche Senioren. Einem Großteil der älteren Migranten in Deutschland droht die Verarmung, oftmals aufgrund unregelmäßiger Erwerbsbiografien bzw. unzureichendem Renten-zugang (Schopf & Naegele, 2005, S. 387; Backers & Clemens, 1998, zitiert nach Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 22). Das niedrigste Pro-Kopf-Nettoeinkommen hat in Deutschland die Gruppe der Migranten aus der Türkei, gefolgt von den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Schopf & Naegele, 2005, S. 387).

4.4.3 Gesundheitszustand

Laut der IOM International Organization for Migration (2003, S. 32) gibt es in Österreich nur wenige epidemiologische oder sozialwissenschaftliche Studien zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten. Die Daten der Mikrozensus-erhebung 1999 der Statistik Austria, die im Österreichischen Migrations- und Integrationsbericht 2003 ausgewertet wurden, sind die einzigen umfassenden amtlichen Statistikdaten in diesem Bereich. Die Bundesanstalt Statistik Österreich hat im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und der Bundesgesundheitsagentur die *Gesundheitsbefragung 2006/2007* durchgeführt. Der Bericht enthält Informationen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung. Bei der Erhebung wurden zwar Staatsbürgerschaft und Geburtsland berücksichtigt, allerdings erfolgte die Unterscheidung im Ergebnisteil lediglich in Österreich oder Ausland (Statistik Austria, 2007a, S. 4). Im Vergleich mit den Ergebnissen der Mikrozensus-erhebung 1999 der Statistik Austria hat sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands der österreichischen Bevölkerung kaum verändert. 1999 gaben 74% einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand an, 2006 waren es 76%. Der Anteil jener Personen, die ihre Gesundheit schlecht bzw. sehr schlecht einschätzten blieb mit 6% unverändert (Statistik Austria, 2007a, S. 14).

Wie in Abbildung 10 zu sehen ist, bestehen kaum Unterschiede bezüglich österreichischer oder ausländischer Staatsangehörigkeit - als Gesamtgruppe genommen - bei der Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustands. Die österreichische Bevölkerung gibt – wie zuvor schon genannt - mit fast 76% mehrheitlich einen sehr guten bzw. guten subjektiven Gesundheitszustand an. Nur 18,5% haben den Zustand ihrer persönlichen Gesundheit als mittelmäßig eingeschätzt und 5% als schlecht bzw. 1% als sehr schlecht (Statistik Austria, 2007a, S. 9). Während von den 15- bis 29-jährigen Personen beinahe 94% ihre Gesundheit als sehr gut bzw. gut einschätzen, sinkt der Anteil bei den 45- bis 59-Jährigen auf nur noch 70% und bei der über 75-jährigen Bevölkerung auf 38%.

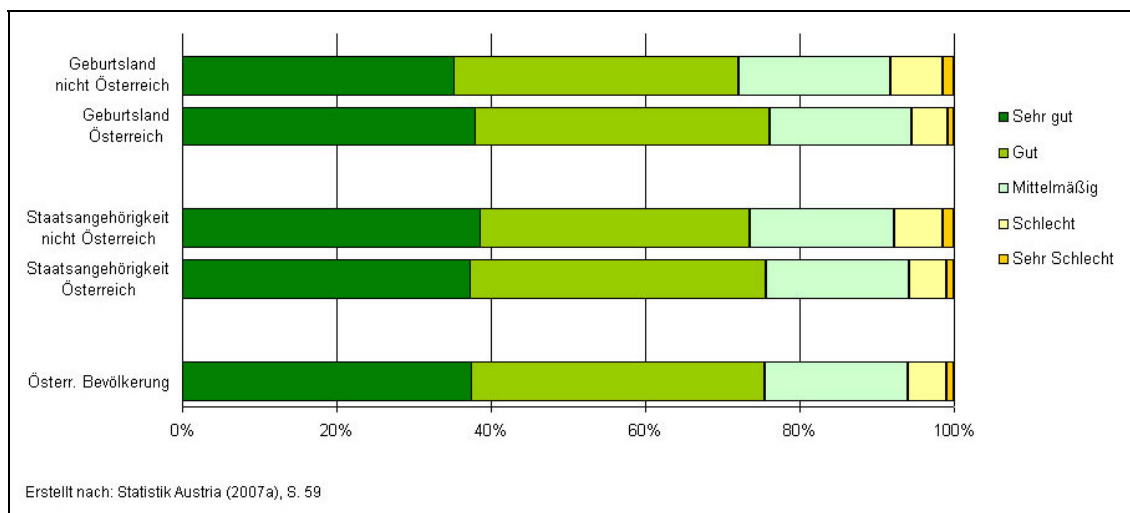


Abbildung 10: Österreichische Wohnbevölkerung nach subjektivem Gesundheitszustand

Die Ergebnisse des Mikrozensus 1999 zeigen laut Fassmann und Stacher (2003, S. 174), dass bei der österreichischen Bevölkerung keine signifikanten Unterschiede in der subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes zwischen Männern und Frauen bestehen. Bei der Gesundheitsbefragung im Jahr 2007 zeigte sich, dass Frauen insgesamt ihren Gesundheitszustand als geringfügig schlechter als Männer beurteilen. Dieser Unterschied wird am deutlichsten bei den über 75-Jährigen sichtbar: 44% der über 75-jährigen Männer und 35% der über 75-jährigen Frauen geben einen sehr guten bzw. guten Zustand ihrer Gesundheit an (Statistik

Austria, 2007a, S. 14). Eine Untersuchung des Ludwig-Bolzmann-Instituts für Frauengesundheit (1998) hat gezeigt, dass das subjektive körperliche Wohlbefinden der Frauen – je nach Staatsangehörigkeit – voneinander abweicht. Während zwei Drittel der Frauen aus Österreich bzw. dem ehemaligen Jugoslawien angegeben haben, sie würden sich sehr wohl bzw. eher wohl fühlen, war dies nur bei der Hälfte der Frauen aus der Türkei der Fall (Fassmann & Stacher, 2003, S. 174).

Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei schätzen laut Fassmann und Stacher (2003, S. 173) im Vergleich zu Österreichern ihren Gesundheitszustand in allen Altersgruppen weniger häufig als sehr gut bzw. gut ein. Deutlich sind diese Unterschiede in den Altersklassen ab 55 Jahren. Die Altersgruppe der über 54-jährigen Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hat ihre Gesundheit deutlich schlechter eingeschätzt als die Österreicher. Auch die Studie von Reinprecht (1999, S. 59) ist zu dem Ergebnis gelangt, dass sich die über 60-Jährigen Migrantinnen und Migranten deutlich weniger gesund fühlen als die gleichaltrigen Einheimischen.

Schwere körperliche Arbeiten und Zeitdruck wurden laut Fassmann und Stacher (2003, S. 178) bei der Mikrozensususerhebung 1999 von den Befragten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei sowie auch von den Österreicherinnen und Österreichern am häufigsten als Belastungen genannt wurden, denen sie sich ausgesetzt fühlen.

Reinprecht (2005, S. 56) betont, dass sich bei der in Wien durchgeführten Befragung ein Viertel der Migranten, aber nur 5% der österreichischen Senioren als älter empfunden haben als sie tatsächlich waren.

4.4.4 Gesundheitsverhalten

Bei der Gesundheitsbefragung 2006 haben 79% der österreichischen Bevölkerung angegeben, sie haben vor weniger als 12 Monaten das letzte Mal einen Arzt für Allgemeinmedizin aufgesucht. In Abbildung 11 ist zu sehen, dass dieser Anteil bei Frauen etwas höher ist als bei den Männern

und mit zunehmendem Alter stetig ansteigt. Bezüglich Staatsangehörigkeit zeigten sich nur geringfügige Unterschiede (Statistik Austria, 2007a, S. 44).

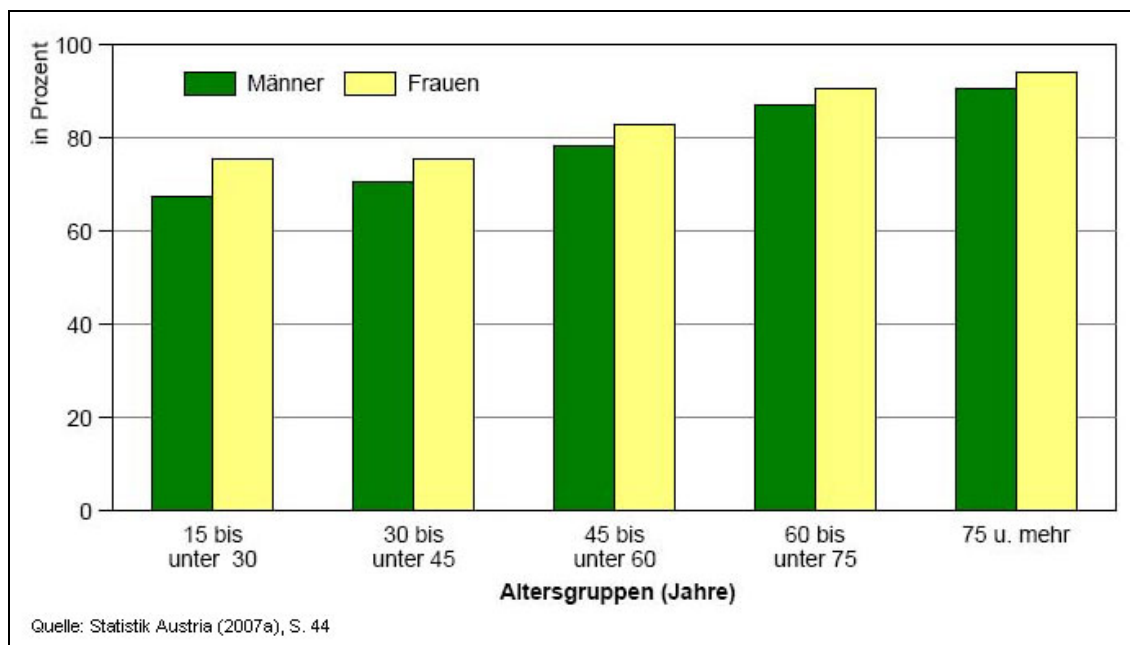


Abbildung 11: Frauen und Männer der österreichischen Wohnbevölkerung nach Arztbesuchen in den letzten zwölf Monaten

Die Gründe für den Besuch eines Allgemeinmediziners verändern sich zudem mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen entfallen mehr als ein Drittel aller Arztbesuche auf Rezepte, 30% auf Erkrankungen und 27% auf Kontrolluntersuchungen (Statistik Austria, 2007a, S. 45).

Nach Fassmann und Stacher (2003, S. 181) hat bei der Mikrozensususerhebung von 1999 nahezu die Hälfte (46%) der Migranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei angegeben, innerhalb der letzten 12 Monate niemals einen praktischen Arzt aufgesucht zu haben. Die Ursache dafür könne einerseits darin liegen, dass Migrantinnen und Migranten im Krankheitsfall erst zu einem späteren Zeitpunkt einen Arzt aufsuchen und andererseits aufgrund ihres niedrigeren Altersdurchschnitts eine geringere Krankheitshäufigkeit aufweisen würden (Fassmann & Stacher, 2003, S. 181).

Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit konsultieren laut Fassmann und Stacher (2003, S. 181) auch seltener einen Facharzt als Österreicher. Eine Ausnahme sind Kinderärzte, denn diese werden häufiger von der ausländischen Bevölkerung besucht als von Österreichern, was mit der größeren Kinderzahl der ausländischen Bevölkerung zusammenhänge (Fassmann & Stacher, 2003, S. 181).

Der Bericht der Statistik Austria (2007a, S. 43) zeigt, dass das Angebot der kostenlosen Gesundenuntersuchung im Jahr 2006 von 50% der Österreicher und von nur 27% der ausländischen Staatsangehörigen in Anspruch genommen wurde. Weiters wurde von 17% der österreichischen Staatsbürger und 10% der ausländischen Bevölkerung angegeben, dass sie zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen wie zum Beispiel Ernährungsberatung, komplementäre Behandlungsmethoden, Homöopathie oder Psychotherapie, beansprucht haben (Statistik Austria, 2007a, S. 46). Unterschiede bestehen in diesem Bereich vor allem bei der Inanspruchnahme von Ernährungsberatung. Nur knapp 1% der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit nehmen diese in Anspruch im Vergleich zu 11% bei den Österreichern. Ebenso werden komplementäre Behandlungsmethoden oder Homöopathie von Personen mit nicht österreichischer Staatsangehörigkeit seltener gewählt als von Österreicherinnen und Österreichern. Das Angebot der Psychotherapie nehmen hingegen 17% der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Anspruch im Vergleich zu 11% der Österreicher (Statistik Austria, 2007a, S. 46).

4.4.5 Altersplanung

Die Ergebnisse bisheriger Forschungsberichte aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, mit besonderer Berücksichtigung von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, weisen auf eine geringe Inanspruchnahme der Angebote der Altenbetreuung durch Migrantinnen und Migranten hin. Gründe dafür scheinen aber nicht im geringen Bedarf oder Interesse seitens der ausländischen Bevölkerung zu liegen, sondern

vielmehr im Mangel an Information bzw. am fehlenden Angebot der Altenbetreuungseinrichtungen (Reinprecht, 2006, S.19; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 103; Ilić et. al, 2007, S. 42; Kremla, 2004, S. 82; Zwicklhuber, 2003, S. 53; Gerling, 2003, Olbermann & Dieztl-Papakyriakou, 1995, Schopf & Naegele, 2005, zitiert nach Kobi, 2006, S. 19). Reinprecht (2006, S. 157) konnte in seinen Studien feststellen, dass ein Fünftel der Arbeitsmigranten dem Älterwerden in Österreich positiv gegenüber steht. Unter den Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien haben sich 11% positiv und 12% negativ im Zusammenhang mit dem Älterwerden in Österreich geäußert. Zwei Drittel der befragten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien haben angegeben, dass sie sich ihrer Gefühle nicht sicher sind (Reinprecht, 2006, S. 157). Diese Unsicherheit wird durch Erfahrungen von Einsamkeit und Pflegebedürftigkeit bei ungenügender familiärer oder institutioneller Unterstützung ausgelöst. Das Gefühl der Fremde und die Sprach- und Verständigungsprobleme löst häufig Angst und Hilflosigkeit aus (Reinprecht, 2006, S. 157; Ilić et al., 2007, S. 7).

Laut Kremla (2004, S. 77) wird neben der Rückkehrabsicht der Migranten häufig die Solidarität innerhalb der Migrantenfamilien und die daraus resultierende wechselseitige Unterstützung als Grund für die geringe Inanspruchnahme der Altenbetreuungseinrichtungen genannt. Nach Reinprecht (1999, S. 69) können Migranten zwar noch immer häufiger als Österreicher auf Betreuung von Familienmitgliedern zurückgreifen, allerdings verändern sich auch ihre Familienstrukturen. Im Zuge der Migration hat sich die Großfamilie oft zur Kleinfamilie verändert und dadurch sind auch die traditionellen Rollen und die gegenseitige Unterstützung nicht mehr so wie früher vorhanden (Zwicklhuber, 2003, S. 53). Auch Ilić et al. (2007, S. 36) betonen, dass die Betreuung innerhalb der Familie bei Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien überwiegend von Frauen bzw. den über 50-Jährigen Ehepartnerinnen und Ehepartnern übernommen wird. Die Männer helfen beim Einkaufen, Wäsche waschen und bieten beim Toilettengang Unterstützung.

Bei den in der Schweiz und in Österreich durchgeführten Studien wurde festgestellt, dass die Erwartungen der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien hinsichtlich familiärer Betreuung sehr unterschiedlich sind (Kobi, 2007, S. 73; Ilić et al., 2007, S. 36; Kremla, 2004, S. 79). Bei der Frage nach den zukünftigen Unterstützungserwartungen an die Kinder hat sich laut Kobi (2007, S. 73) und Kremla (2004, S. 81) gezeigt, dass nicht von allen älteren Migranten erwartet wird, dass sie von ihren Kindern betreut werden und dass sie sich vorstellen könnten, in ein Altenheim zu gehen. Es gibt allerdings auch Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die sich im Alter eine Betreuung von ihren Kindern erwarten.

Für viele der jüngeren Familienmitglieder ist es selbstverständlich, die Betreuung ihrer Eltern bei Pflegebedürftigkeit soweit als möglich zu übernehmen. Das ist auf die umfangreichen Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen innerhalb dieser Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien zurückzuführen. Wenn die Betreuung innerhalb der Familie nicht möglich ist und eine stationäre Pflege abgelehnt wird, können sich die befragten Personen auch eine Betreuung zu Hause, kombiniert mit externer Unterstützung vorstellen (Kobi, 2007, S. 95).

Bei den Bezugspersonen der aus Ex-Jugoslawien kommenden Migranten, die an der Schweizer Studie teilgenommen haben, scheinen die Möglichkeiten der mobilen Betreuungsformen besser bekannt zu sein als das in Österreich der Fall ist. Von ihnen wurde auch die 24h Betreuung zu Hause durch illegale Arbeitskräfte aus dem Osten als eine vorstellbare Pflegeform genannt (Kobi, 2007, S. 96). In der Untersuchung von Kremla und Reinprecht zeigte sich, dass unter den in Österreich lebenden Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zu geringe Kenntnisse über verschiedene Pflege- und Betreuungsformen vorhanden sind. Der gesamte Bereich der mobilen Unterstützungsleistungen als Alternative bzw. Ergänzung zur familiären Betreuung ist nur eingeschränkt bekannt (Kremla, 2004, S. 81; Reinprecht, 2005, S. 70).

Reinprecht (1999, S. 79) stellte fest, dass sich 30% der Migranten, bei denen die Angebote bekannt waren, die Versorgung durch mobile

Betreuung vorstellen können. Bekannt sind vor allem die Angebote der Hauskrankenpflege, Heimhilfe und das Menüservice. Diese Dienste wurden auch mehrheitlich als positiv bewertet (Kremla, 2004, S. 86). In der von Iljić et al. (2007, S. 40) durchgeführten Untersuchung gaben 37% der Befragten an, dass für sie der mobile Dienst für Betreuungsleistungen in Frage käme. Für 47% wäre es als Ergänzung zur Familienbetreuung vorstellbar. 38% der befragten Migranten aus Ex-Jugoslawien sehen kein Problem, Unterstützung von Hilfsorganisationen bei der Körperpflege anzunehmen. 17% gaben an, es sei eine deutliche Einschränkung und 45% empfanden es als sehr unangenehm (Iljić et al. 2007, S. 35).

Kremla (2004, S. 89) und Reinprecht (2005, S. 71) verweisen darauf, dass die muttersprachliche Betreuung der zugewanderten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien wichtig ist. Zum einen aufgrund der oft fehlenden Deutschkenntnisse unter den Migranten und zum anderen, um die emotionalen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Obwohl von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien selbst angegeben wird, dass österreichische Pflegepersonen vielleicht netter sind, würden sie eine muttersprachliche Pflegeperson vorziehen. Hinsichtlich der emotionalen Qualität der Muttersprache ist Deutsch offenbar kein Ersatz (Kremla, 2004, S. 89). Ein weiterer wichtiger Aspekt für ältere Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien ist die Ausübung ihrer Religion (Kremla, 2004, S. 96). Im Rahmen der Studie von Iljić et al. (2007, S. 35) wurde von mehr als der Hälfte der befragten Migranten angegeben, dass sie keine Unterstützung von ihrer Pflegekraft bei der Ausübung ihrer Religion erhalten, allerdings würden sie es auch nicht explizit fordern. Viele trauen sich nicht, die Pflegeperson diesbezüglich anzusprechen, weil sie die Befürchtung haben, lästig zu fallen oder als schwieriger Patient abgestempelt zu werden (Iljić et al., 2007, S. 35).

Von einigen Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien wurden sogar eigene Pensionistenheime für Migranten als wünschenswert erwähnt. Als Gründe dafür wurden die Unvereinbarkeiten auf den Ebenen der Sprache, Religion und Mentalität genannt. Es besteht die Meinung, dass Migranten

von den Österreichern ohnehin nicht gewollt werden. Für die älteren Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien ist es wichtig, dass Besuch kommen kann und zwar nicht nur untertags, sondern auch mit Übernachtungsmöglichkeit, wenn Verwandte aus dem Ausland auf Besuch kommen (Kremla, 2004, S. 98).

Für die Mehrheit der Experten aus den Selbstorganisationen von Migranten ist der Informationsmangel das größte Hindernis für mehr Akzeptanz der mobilen Pflegedienste durch Migranten. 71% von ihnen sind der Meinung, dass persönliche Gründe, wie die permanenten Rückkehrabsichten, für die geringe Inanspruchnahme der angebotenen Dienste verantwortlich sind. Nur für 29% ist es auf familiäre Gründe zurückzuführen (Ilić et al., 2007, S. 48). Von 86% der befragten Experten wurde angegeben, dass bestimmte persönliche bzw. religiöse Gewohnheiten innerhalb der Gruppe der Migranten aus Ex-Jugoslawien existieren. Das sind beispielsweise der Wunsch nach mehr Kontakten mit Landsleuten, regelmäßige gegenseitige Besuche oder sich in freien Räumen treffen oder Freizeitgestaltung nach dem Herkunftsland ausgerichtet (Ilić et al., 2007, S. 49).

4.4.6 Betreuungs- und Pflegebedarf

Obwohl in Migrantenfamilien häufiger mehrere Generationen zusammenleben, kann es nicht als selbstverständlich angesehen werden, dass betreuungsbedürftige ältere Migrantinnen und Migranten von den Familienangehörigen betreut werden. Ein beachtlicher Anteil der Migranten lebt in Singlehaushalten, was dazu führt, dass sie im Krankheits- oder Pflegefall auf sich alleine gestellt und auf professionelle Hilfe angewiesen sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 21; Kremla, 2004, S. 53; Reinprecht, 2005, S. 53).

Die wichtigsten Faktoren, die zu Beratungs- und Betreuungsbedarf von Migranten führen, sind laut Kremla (2004, S. 47) die Einkommenssituation, die rechtliche Stellung, die Wohnsituation, die Gesundheitslage und die Altersplanung. Vom Einkommen und der rechtlichen Situation sei es

abhängig, ob die zugewanderten Personen in Österreich bleiben oder in die Heimat zurückkehren. Die Wohnsituation habe Einfluss auf die soziale Stellung und ob im Alter fremde Hilfe notwendig wird, wenn z.B. kein Lift vorhanden ist und letztendlich wäre der Gesundheitszustand entscheidend für den Grad der benötigten Unterstützung im Alltag.

Reinprecht (2005, S. 68) stellte im Rahmen einer in Wien durchgeführten Studie fest, dass mehr als ein Drittel der befragten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei einen akuten Hilfsbedarf hat. Gleichzeitig haben 41% angegeben, dass die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen und dass an zusätzlichen Diensten Bedarf besteht. Hilfsbedarf besteht am häufigsten bei Amtswegen und Besorgungen. Über 70% der Befragten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien haben diesbezüglich Unterstützungsbedarf angegeben. Hilfe wird aber auch im Haushalt, bei der Körperpflege, bei persönlicher Betreuung und bei medizinischer Pflege benötigt.

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden Fragen zu funktionalen Beeinträchtigungen gestellt wie *Gehen, Treppen steigen, Fingerfertigkeit, Bücken* und *Niederknien, Hand ausstrecken, in feste Nahrung beißen* oder *eine volle Einkaufstasche tragen*. In der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen haben über 30% der Männer und 40% der Frauen Probleme bei mindestens einer funktionalen Tätigkeit angegeben (Statistik Austria, 2007a, S. 23).

Von den Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben 10% angegeben, dass sie ohne Stock nicht gehen können und 40% davon können auch mit Hilfe eines Gehstocks oder einer anderen Gehhilfe nicht ohne Probleme über 500 Meter gehen. Über ein Viertel der Nicht-österreicher hat über Probleme beim Bücken berichtet und beinahe ein Fünftel hat Schwierigkeiten eine volle Einkaufstasche hochzuheben (Statistik Austria, 2007a, S. 136).

Weiters wurden im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 Probleme bei Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben, die zur Erfüllung der persönlichen Grundbedürfnisse der Befragten notwendig sind:

selbstständig Essen, selbstständig aus dem Bett aufstehen, selbstständig An- und Auskleiden, Benutzung der Toilette oder Körperhygiene.

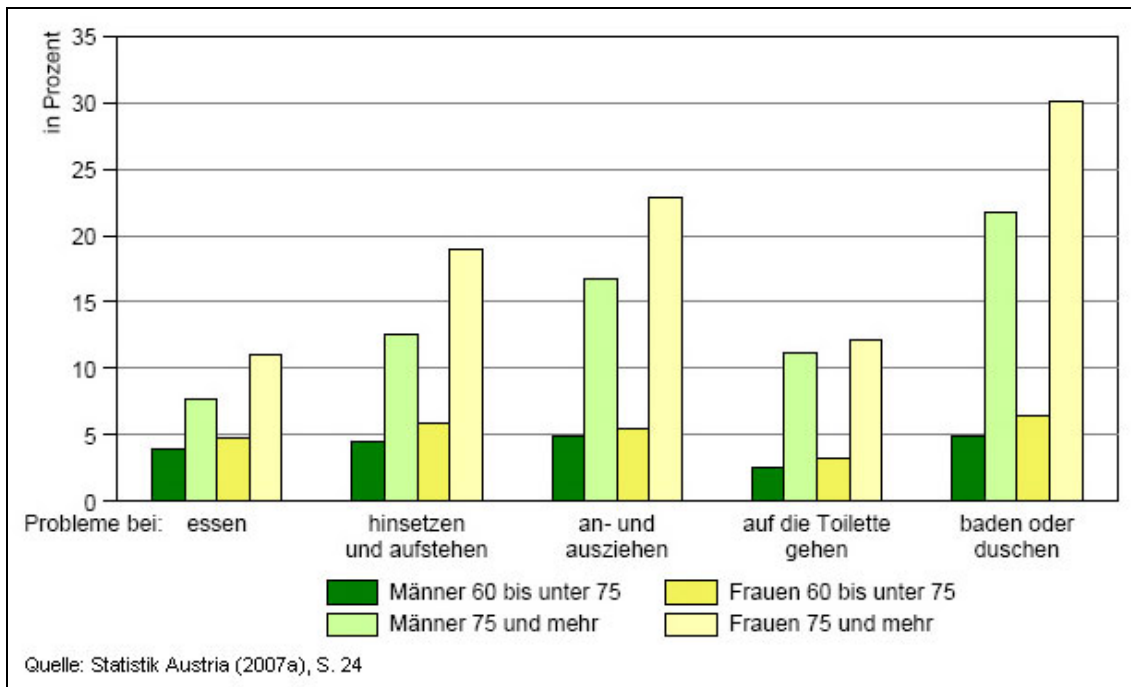


Abbildung 12: Frauen und Männer der österreichischen Wohnbevölkerung nach Alter und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Wie in Abbildung 12 zu sehen ist, treten Probleme im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens vorwiegend bei der Altersgruppe der über 75-Jährigen auf. Beinahe 5% der über 75-Jährigen Männer und Frauen haben sogar bei allen genannten Aktivitäten des täglichen Lebens Probleme. Den größten Unterstützungsbedarf gibt es bei Tätigkeiten wie baden oder duschen, an- und ausziehen und hinsetzen bzw. aufstehen (Statistik Austria, 2007a, S. 25).

Für die Mehrheit der betroffenen Personen ist das vorhandene Hilfsangebot ausreichend, nur 4% der Männer und 6% der Frauen geben an, dass die Unterstützung zu gering ist. Bezüglich des Unterstützungsbedarfs bestehen kaum Unterschiede zwischen österreichischen Staatsangehörigen und nicht österreichischen Staatsbürgern. Von der ausländischen Bevölkerung gaben zwei Drittel an, im Bedarfsfall bei den meisten Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung zu bekommen.

Einen zusätzlichen Hilfsbedarf gibt es laut Gesundheitsbefragung 2006/2007 bei den befragten Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Bezug auf das An- und Ausziehen, beim Hinsetzen und Aufstehen und beim Baden oder Duschen. Beispielsweise haben über 5% der Nichtösterreicher angegeben, dass sie Probleme haben, sich selbst aufs Bett oder in einen Sessel zu setzen und aufzustehen. Ein Viertel davon bekommt dabei keine Unterstützung obwohl mehr als die Hälfte der Betroffenen laut eigenen Angaben Hilfe benötigen würde (Statistik Austria, 2007a, S. 145).

Die Betreuung im Krankheitsfall bzw. bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von bis zu einer Woche wird überwiegend vom Ehepartner bzw. Lebensgefährten und von der (Schwieger-)Tochter bzw. dem (Schwieger-)Sohn übernommen. In dieser Hinsicht besteht kein nennenswerter Unterschied zwischen Personen mit österreichischer und nicht österreichischer Staatsangehörigkeit (Statistik Austria, 2007a, S. 244). Bei einer Pflegedauer von bis zu 1 Woche werden zwei Drittel der über 60-jährigen Männer von ihren Partnerinnen betreut. Bei den über 60-jährigen Frauen übernimmt diese Kurzzeitpflege bei 39% ihr Partner und 35% werden von der (Schwieger-)Tochter bzw. dem (Schwieger-)Sohn gepflegt (Statistik Austria, 2007a, S. 27). Ähnlich verhält es sich auch bei länger andauernder Krankheit bzw. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Auch die Langzeitpflege wird überwiegend von den Ehepartnern bzw. Lebensgefährten und von der (Schwieger-)Tochter bzw. dem (Schwieger-)Sohn übernommen, bzw. bei den 15- bis 59-Jährigen von deren Eltern (Statistik Austria, 2007a, S. 27).

Im Vergleich zu den Österreicherinnen und Österreichern zeigt sich, dass Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zu einem geringfügig höheren Anteil Unterstützung von Freunden, Bekannten und Nachbarn erhalten. Demgegenüber werden von der ausländischen Bevölkerung soziale Dienste und sonstige bezahlte Hilfsdienste seltener in Anspruch genommen. Der Anteil jener Personen die im Bedarfsfall niemanden für Pflegeleistungen zur Verfügung haben ist unter den Österreichern etwas

geringer als bei den ausländischen Staatsangehörigen (Statistik Austria, 2007a, S. 244ff). In der Untersuchung von Reinprecht (2005, S. 71) zeigte sich, dass 38% der befragten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien von ihren Partnern betreut werden, 58% von Familienangehörigen und 18% von Bekannten und Nachbarn die ebenfalls aus dem ehemaligen Jugoslawien kommen. Nur 5% der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien nehmen soziale Dienste in Anspruch (Reinprecht, 2005, S. 71).

5 Kultursensible Beratung und Betreuung älterer Migranten

In den nächsten Jahren wird der Anteil der älteren Population mit Migrationshintergrund rascher ansteigen als das bei der einheimischen Bevölkerung der Fall sein wird. Das ist darauf zurückzuführen, dass mit zunehmendem Alter der Migranten die Rückkehrwahrscheinlichkeit sinkt. Migranten haben andere kulturelle, ethnische, religiöse und sprachliche Hintergründe als die Mehrheitsbevölkerung. Dadurch werden die ethnischen und kulturellen Unterschiede innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppe zunehmen und müssen daher bei der Entwicklung und Planung von Unterstützungs- und Pflegeangeboten unbedingt berücksichtigt werden. (Schopf und Naegele, 2005, S. 385).

Die Einrichtungen der Altenbetreuung stehen vor der Herausforderung ihre Angebote für Personen mit Migrationshintergrund zu öffnen bzw. zu erweitern. Viele Einrichtungen der Altenhilfe sind noch nicht ausreichend vorbereitet auf den hohen sozialen Unterstützungsbedarf, der durch den oftmals niedrigeren Lebensstandard und dem häufig schlechteren Gesundheitszustand von älteren Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung entsteht.

Eine kultursensible Altenbetreuung hat laut Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege das Ziel, betreuungsbedürftigen Menschen ein Leben mit ihren jeweiligen kulturellen Prägungen und Bedürfnissen zu

ermöglichen. Die Grundlage einer kultursensiblen Altersversorgung von Migranten ist eine individuelle, biographieorientierte Beratung und Betreuung. Im Rahmen des Betreuungsprozesses muss die Betreuungsperson die nötigen Informationen über die Lebenswelt und die Lebenserfahrung des Klienten ermitteln, sowie seine Erwartungen, Gewohnheiten und Bedürfnisse verstehen und in den Betreuungsprozess integrieren. Im Zentrum einer kultursensiblen Betreuung steht die Bedeutung von Gleichwertigkeit anstatt von Gleichbehandlung (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 26, Schmitz, 2002, zitiert nach Friebe & Zalucki, 2003, S. 30). Um einen kultursensiblen Umgang mit den Unterstützungsbedürftigen Personen und ihren Angehörigen zu gewährleisten, ist laut (Boyle 1995, zitiert nach Plymat, 1996, S. 76) für jede Art von Beratungs- und Betreuungstätigkeit das Verständnis für unterschiedliche Kulturen besonders wichtig.

Eine Notwendigkeit für eine kultursensible Beratung und Betreuung von älteren Migranten ist die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und das Vorhandensein interkultureller Kompetenz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institutionen.

5.1 Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz ist notwendig um ein gegenseitiges Verstehen zwischen allen Menschen zu ermöglichen, unabhängig von ihrer ethnisch-kulturellen Orientierung und Herkunft. Interkulturelle Kompetenz ermöglicht in fremdkultureller Umgebung und im Kontakt zwischen Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen ein unabhängiges, flexibles, sensibles, angemessenes und somit effektives und effizientes Handeln (Friesenhahn, 2006, S. 7, Germing, 2003, S. 1). Interkulturelle Kompetenz bedeutet auch, dass von der handelnden Person nicht nur die eigene Kultur verstanden wird, sondern dass auch Fähigkeiten erlernt werden um die anderen kulturellen Verhaltensweisen und Erklärungsmuster für alltägliches Handeln besser zu verstehen. Der selbstreflexive Zugang im Umgang mit Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund ist ein wichtiger

Aspekt von interkultureller Kompetenz (Verein Zebra, 2004, S. 72). Dieses selbstreflexive Verhalten gegenüber der eigenen und fremden Kultur wird auch im Begriff *Kultursensibilität* zusammengefasst (Kremla, 2004, S. 17, Verein Zebra, 2004, S. 72).

Zur Beschreibung und Entwicklung interkultureller Kompetenz haben die unterschiedlichen Fachrichtungen bereits eine kaum überschaubare Anzahl an Modellen entwickelt. Der Soziologe Hinz-Rommel war einer der ersten, der eine umfangreiche Aufstellung von Fähigkeiten nannte, die Bestandteile von interkultureller Kompetenz sind. Zu seiner Begriffsbestimmung zählen folgende Fähigkeiten: Empathie, Interaktionsfreudigkeit, Selbstsicherheit, eigenkulturelle Bewusstheit, Stresstoleranz, Sprachkenntnisse und Toleranz gegenüber Widersprüchlichkeiten (Hinz-Rommel, 1994, zitiert nach Friesenhahn, 2006, S. 7; Hinz-Rommel, 1996, zitiert nach Germing, 2003, S. 5). Hinz-Rommel definiert *interkulturelle Kompetenz* als Befähigung, in einer fremdkulturellen Umgebung oder mit Angehörigen verschiedener ethnischer/kultureller Gruppen, angemessen und möglichst erfolgreich zu handeln (Verein Zebra, 2004, S. 71). Interkulturelle Kompetenz ist eine berufliche Schlüsselqualifikation, ergänzt um weitere Kenntnisse und Fähigkeiten, die für den Umgang mit kultureller Vielfalt notwendig sind. „Interkulturelle Kompetenz lässt sich nicht allein an konkreten Fähigkeiten und Kenntnissen festmachen, sondern sie zeigt sich auch in Kreativität und in der Entwicklung von Arbeitsformen, die einen Austausch auf kollegialer und fachlicher Ebene ermöglichen und fördern, die zur Reflexion der eigenen Praxis führen, die die Integration neuer Ideen und Aspekte in den fachlichen Diskurs fördern und dafür sorgen, dass die Alltagsroutine immer wieder gestört wird (Hinz-Rommel, 1998, zitiert nach Germing, 2003, S. 6).“

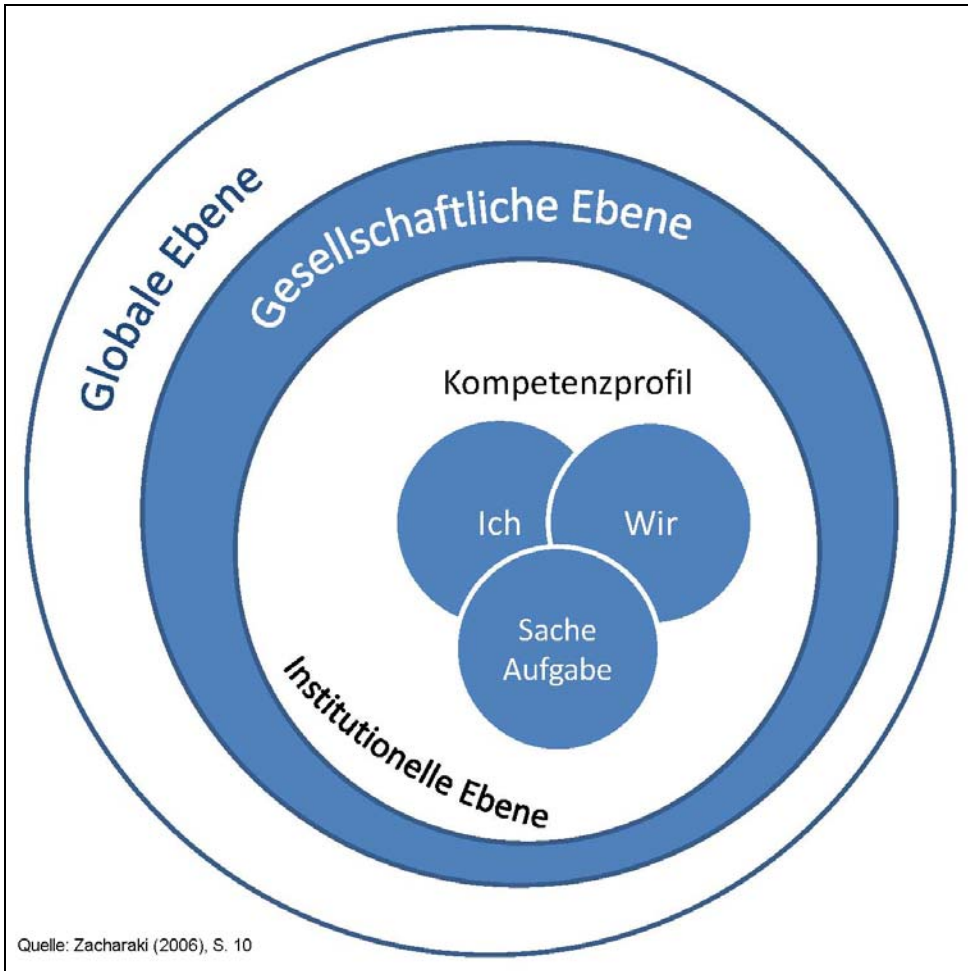


Abbildung 13: Ebenen der interkulturellen Kompetenz

Als berufliche Schlüsselqualifikation lässt sich nach Fischer (2005, zitiert nach Zacharaki, 2006, S. 9) interkulturelle Kompetenz auf verschiedene Ebenen aufschlüsseln (siehe Abbildung 13). Unterschieden wird dabei in die Ich-, Wir-, Sach- und Organisationsebene, die wiederum in einem globalen Zusammenhang eingebettet sind. Dieser globale Zusammenhang enthält die institutionelle Ebene, die Gesamtstruktur der jeweiligen Gesellschaft und die internationalen Austauschbeziehungen.

Globales Denken zielt darauf, dass handelnde Personen gegenüber anderer Kulturen offen sind und dass sie sich der Eingebundenheit aller in die Weltgesellschaft bewusst sind. Die zunehmende Tendenz zur Globalisierung hat auch Einfluss auf die ökonomischen, die politischen, die

rechtlichen, die sozialen und die kulturellen Strukturen eines Landes, die auf der gesellschaftlichen Ebene angesiedelt sind (Zacharaki, 2006, S. 10).

Auch die Institutionen in einer Einwanderungsgesellschaft sind gefordert sich der kulturellen Vielfalt zu stellen. Die Institutionen müssen sich durch eine entsprechende Organisationsentwicklung an den Bedarf der Zielgruppen anpassen. Das Aneignen von Wissen über Migration und deren Auswirkungen auf die Einwanderungsgesellschaft spielt auf der Ebene der Sache und Aufgabe eine große Rolle. Die handelnden Personen sollen sich Wissen über Daten und Zusammenhänge zur ökonomischen, politischen, rechtlichen, sozialen und kulturellen Situation von Migranten im Zielland, über Zugangsprobleme von Migranten zu sozialen Diensten, usw. aneignen. Auf der Wir-Ebene ist es wichtig, die unterschiedlichen Normen und die verschiedenen kulturabhängigen Rollenstrukturen zu erkennen und sich Kenntnisse über den soziokulturellen Hintergrund des Klienten anzueignen. Die Kommunikationspartner müssen Kenntnisse über die unterschiedlichen Orientierungs- und Wertesysteme und die kulturspezifischen unterschiedlichen Konventionen des Kommunizierens haben. Eine der wichtigsten Voraussetzung im interkulturellen Dialog ist die Reflexion der eigenen kulturellen Biographie jeder einzelnen Person in einer Einrichtung, die auf der Ich-Ebene angesiedelt ist. Die Mitarbeiter einer Institution sind gefordert, bei Begegnungen mit Menschen mit unterschiedlichstem kulturellen Hintergrund die eigenen Wahrnehmungen von denen des Klienten unterscheiden zu können. Die professionellen Mitarbeiter einer Einrichtung sind gefordert der kulturellen Vielfalt zu begegnen und sie zu gestalten. Professionell Handelnde sind gefordert sich interkulturelle Kompetenzen anzueignen und ein interkulturelles Bewusstsein zu schaffen (Zacharaki, 2006, S. 11).

5.2 Interkulturelle Öffnung

Die kultursensible Beratung und Betreuung von älteren Migranten ist nur in Verbindung mit interkultureller Öffnung der Organisation möglich.

Als interkulturelle Öffnung wird von Schröttner und Sprung (2003, zitiert nach Kremla, 2004, S. 17) interkulturelle Kompetenz im Zusammenhang mit organisatorischem Handeln bezeichnet. Schröttner und Sprung sehen die Handlungen innerhalb einer Organisation dann als erfolgreich an, wenn es gelingt, durch interkulturelle Öffnung Chancengleichheit für alle in Frage kommenden Nutzerinnen und Nutzer herzustellen. Eine grundlegende Voraussetzung für den erfolgreichen Prozess der interkulturellen Öffnung ist das Wahrnehmen und Akzeptieren von Zuwanderung und Migration als einen dauerhaften Veränderungsprozess einer Gesellschaft (Verein Zebra, 2004, S. 86). Im Rahmen des Konzepts der interkulturellen Öffnung werden die Institutionen aufgefordert, ihr Angebot allen Menschen der jeweiligen Gesellschaft zugänglich zu machen und Ausgrenzungen und Diskriminierungen zu vermeiden (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 43). Ohne entsprechende Rahmenbedingungen ist eine einzelne Institution jedoch nicht in der Lage einen erfolgreichen Öffnungsprozess zu bewirken. Es liegt aber in der Verantwortung der Organisationen, umfangreiche Angebote zu schaffen. Ein wesentliches Hindernis für den Zugang zur Altenbetreuung sind die mangelnden Kenntnisse der Migranten über die Organisationen sowie deren Aufgaben und angebotenen Dienstleistungen. Der Veränderungsbedarf bei den Einrichtungen der Altenbetreuung und Gesundheitsversorgung beinhaltet auch den Zugang für Migranten zu ermöglichen und deren Bedürfnissen gerecht zu werden (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, S. 96; Kremla, 2004, S. 18; Verein Zebra, 2004, S. 86). Reinprecht betont dass in Österreich hinsichtlich der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen Handlungsbedarf besteht. „Dies gilt insbesondere für den Gesundheits- und Sozialbereich wie auch die Altenarbeit, deren Einrichtungen sich in zunehmender Weise mit differentiellen Bedarfen und spezifischen Bedürfnissen von Bevölkerungsgruppen mit Migrationserfahrung konfrontiert sehen, darauf aber in keiner Weise vorbereitet sind“ (Reinprecht, 2005, S. 52)

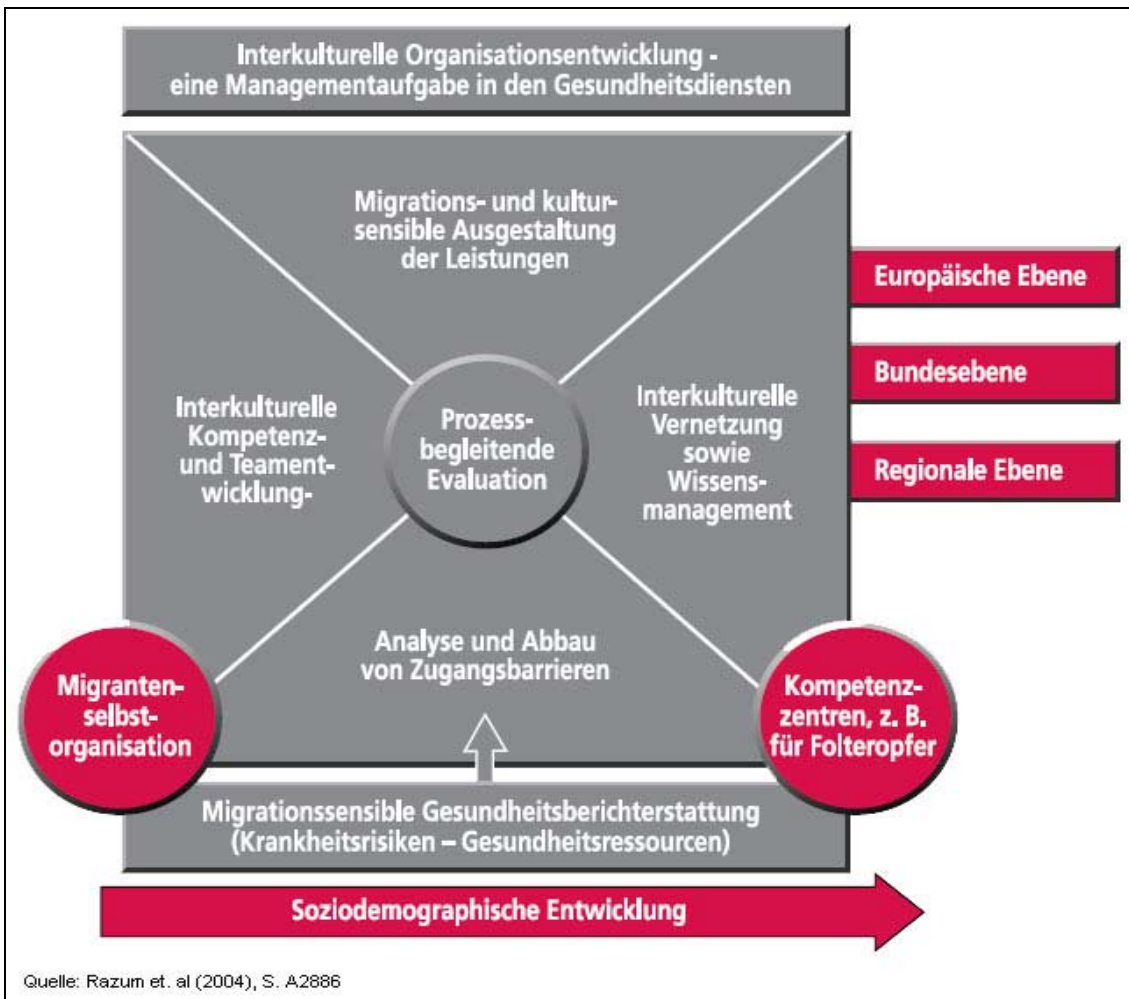


Abbildung 14: Gesundheitsdienste im Migrationskontext

In Abbildung 14 wird eine Grafik aus dem Deutschen Ärzteblatt wiedergegeben, in der dargestellt wird, welche komplexen Anforderungen eine interkulturelle Öffnung an alle Fachkräfte und Organisationen stellt.

Der Prozess der qualitätsorientierten interkulturellen Öffnung setzt Entwicklungen auf struktureller Ebene voraus und fordert die Bereitschaft aller Beteiligten, sich mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu befassen und zu gesellschaftlichen Übereinkünften zu kommen. Interkulturelle Öffnung beginnt mit einer Bedarfs- und Bestandsanalyse im Einzugsgebiet der Organisation, in Zusammenarbeit mit den Migranten. Eine wichtige Rolle kommt dabei den Migrationsselbstorganisationen zu, die zu den älteren Migranten Kontakt haben. Aufgrund der Analyse des

Veränderungsbedarfs und der vorhandenen Ressourcen in Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern, können konkrete Entscheidungen bezüglich der interkulturellen Öffnung getroffen werden. Die daraus resultierenden Ziele müssen laut Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002, S. 49) und Geiger (2002, S. 38) in das Leitbild der Organisation integriert werden um bei allen Beteiligten eine Identifizierung mit dem Prozess zu ermöglichen. Die kontinuierliche Steuerung der interkulturellen Öffnung einer Organisation ist eine Führungsaufgabe und erfordert klare Entscheidungen des Managements. Die multi- und interkulturelle Teambildung ist wichtig, damit die interkulturellen Kompetenzen und die Mehrsprachigkeit der Mitarbeiter als Ressource genutzt werden können. Um den Anforderungen der interkulturellen Öffnung gerecht zu werden, ist die Qualifikation des Personals durch entsprechende Schulungen und Weiterbildungen zu gewährleisten. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Vernetzung der Landes-, Bundes- und der europäischen Ebene (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 49; Geiger, 2002, S. 38). Die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen können beim Prozess der qualitätsorientierten interkulturellen Öffnung einer Organisation eine entscheidende Rolle spielen, besonders hinsichtlich finanzieller Unterstützungen. Die begleitende Evaluation des Prozesses soll die Zielorientierung und Weiterentwicklung absichern (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 49; Geiger, 2002, S. 38).

Es handelt sich bei der qualitätsorientierten interkulturellen Öffnung einer Organisation also um einen komplexen Prozess zwischen Organisations- und Personalentwicklung. Durch die qualitätsorientierte interkulturelle Öffnung werden Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitssystems geschaffen, was schließlich allen Klienten zugute kommt (Razum et al., 2004, S. 2886; Kremal, 2004, S. 29; Dogan, 2004, S. 51; Geiger, 2000, S. 40; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 49; Ullrich, 2002, S. 23). Eine kultursensible Betreuung von Migranten kann nur in einer interkulturell geöffneten

Einrichtung stattfinden. Für die migrationssensible Gesundheitsversorgung ist die qualitätsorientierte interkulturelle Öffnung der Organisationen ein entscheidendes Ereignis. Nur dadurch könne die Entstehung von Vorurteilen und Diskriminierung von Migranten verhindert werden (Geiger, 2000, S. 38; Kremla, 2004, S. 27; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 49; Ilić et al., 2007, S. 63; Dogan, 2004, S. 51).

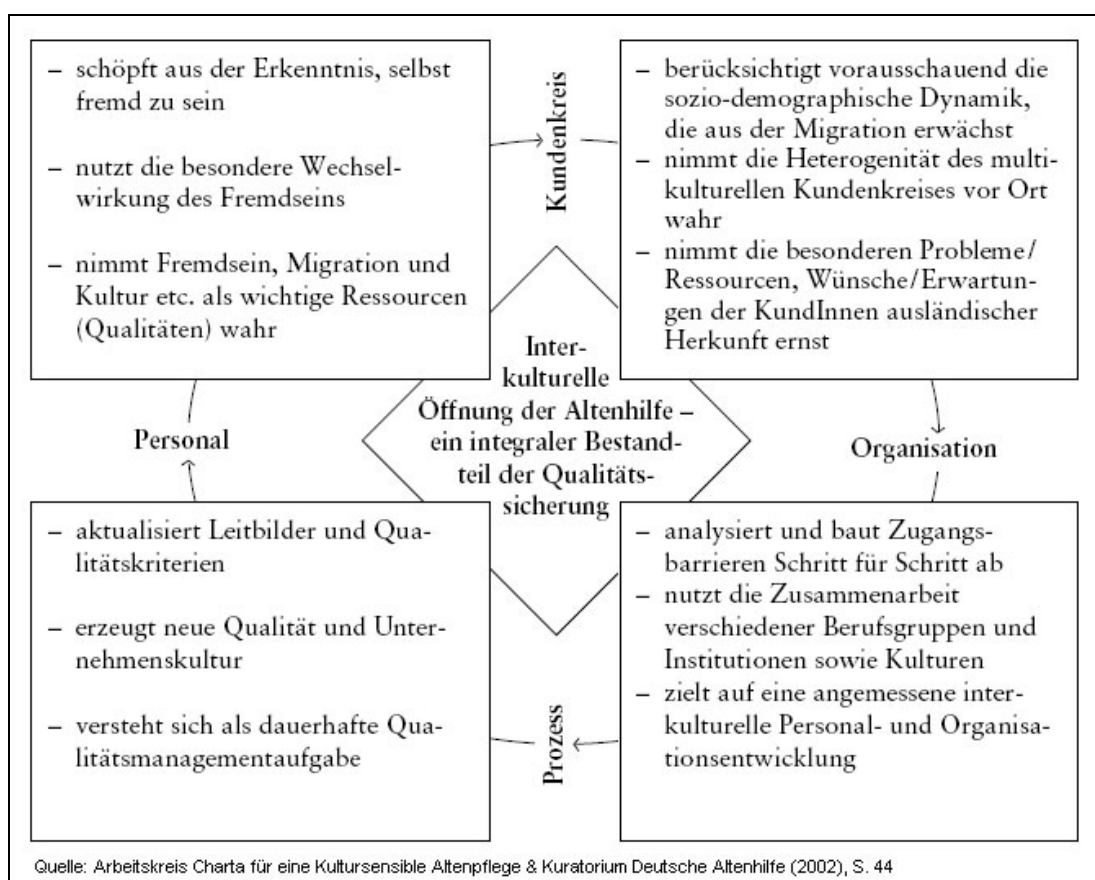


Abbildung 15: Prozess der interkulturellen Öffnung

Aus den einzelnen Schritten des umfangreichen strukturellen Entwicklungsprozesses der interkulturellen Öffnung lassen sich mehrere Qualitätsmerkmale formulieren, die in Abbildung 15 gezeigt werden (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 43). Ein wichtiges Qualitätskriterium der interkulturellen Öffnung der Altenbetreuungseinrichtungen ist die grundsätzliche Offenheit aller Beteiligten in

allen Bereichen gegenüber den unterschiedlichsten Lebensstilen sowie verschiedenen kulturellen und religiösen Bedürfnissen. Durch die Zusammenstellung eines multikulturellen, mehrsprachigen Personalteams können die eigenen Erfahrungen der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund genutzt werden. Dadurch kann auch die Möglichkeit von mehrsprachiger Beratung ermöglicht werden, um sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren abzubauen. Ein weiteres wichtiges Qualitätskriterium ist die Erstellung von mehrsprachigem Informationsmaterial für die Migranten. In Kooperation mit den Migrantenorganisationen müssen kultursensible Angebote geschaffen werden (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002, S. 44).

Durch komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen kulturspezifischen, migrationsbedingten sowie sozialökologischen Faktoren, wird die Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationshintergrund einem besonderen Spannungsfeld ausgesetzt. Nach den Ausführungen von Reinprecht (2005, S. 59) konnten, im Rahmen einer Studie fünf zentrale Aspekte als charakteristisch für das Spannungsverhältnis festgestellt werden, in dem das Altern der Migranten in der Einwanderungsgesellschaft stattfindet.

Diese fünf Aspekte sind in Abbildung 16 dargestellt:

- "(a) Die Lebenslage der älteren MigrantInnen ist vielfach durch Einkommensarmut, knappe Wohnraumressourcen, gesundheitliche Beeinträchtigungen und geringes Bildungskapital (fehlende Sprachkenntnisse) geprägt; gleichwohl fällt die subjektive Gesamteinschätzung der Lebenslage überwiegend positiv aus.
- (b) Soziale Ressourcen spielen eine bedeutsame Rolle und deuten auf eine starke Binnenintegration; die informellen Netzwerke sind jedoch fast ausschließlich familienzentriert, auch gilt es, den Anteil der Alleinstehenden, vor allem unter Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, nicht zu vernachlässigen.
- (c) Es besteht, insbesondere bei Krankheit und Pflege, ein ausgeprägter Bedarf an Hilfe und Unterstützung in der Alltagsbewältigung, der fast ausschließlich informell durch familiäre oder nachbarschaftliche Netze abgedeckt wird, während soziale Dienste kaum in Anspruch genommen werden (können), und zwar nicht zuletzt auch weil die dafür erforderlichen Informationen nicht zugänglich sind.
- (d) Zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen bestehen zahlreiche Gemeinsamkeiten in der Lebenslage oder den Bedarf und das Interesse an muttersprachlichen Informations-, Beratungs- oder Betreuungsangeboten betreffend; gleichwohl bilden ältere MigrantInnen keine homogene Gruppe, ihre Lebenssituation und Bedarfslage differenziert erheblich sowohl nach sozialen und ökonomischen als auch nach Herkunfts- und kulturellen Merkmalen.
- (e) Für die Mehrzahl der älteren MigrantInnen bleibt Österreich auch nach dem altersbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der Lebensmittelpunkt, während gleichzeitig die Bindung an das Herkunftsland vielfach aufrechterhalten und (etwa über die Praxis der Pendelmigration) aktiv gelebt wird."

Zitiert aus: Reinprecht (2005), S. 59

Abbildung 16: Fünf zentrale Aspekte der Lebenslage älterer MigrantInnen in Wien

Reinprecht (2005, S. 71) betont, dass der erste Schritt einer interkulturellen Öffnung darin besteht, die Zielgruppe aktiv anzusprechen und ihr geeignete Informationen zukommen zu lassen, damit sie sich selbstständig im Sozial- und Gesundheitssystem zurechtfinden kann. Laut

Reinprecht (2005, S. 72) haben fast 40% der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien Bedarf an muttersprachlicher Beratung, Betreuung oder Pflege. Mehr als die Hälfte der befragten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien haben angegeben, dass mehr muttersprachliches Informationsmaterial notwendig ist. Fast 70% sind der Ansicht, dass mehr muttersprachliche Beratungsstellen benötigt werden.

In Österreich ist laut Kremla (2004, S. 20) interkulturelle Öffnung hauptsächlich in Einrichtungen erfolgt, deren Leistungen durch einen (versicherungs-)rechtlichen Anspruch gedeckt werden. Dolmetscherdienste, mehrsprachiges Personal, Gebetsräume für mehrere Religionen oder Diätvariationen, die religiöse Speiseangebote berücksichtigen, werden dann angeboten, wenn es aufgrund eines hohen Anteils an Klienten mit Migrationshintergrund notwendig wird (Kremla, 2004, S. 21). Ältere Migranten werden häufig nicht als Kunden bzw. Klienten anerkannt. Aufgrund ihrer spezifischen Lebenslage werden sie oft als Fremde und als Angehörige einer Minderheit angesehen. In den Einrichtungen der Altenbetreuung besteht seitens der Verantwortlichen auch kaum Kontakt zu Migranten. Die Notwendigkeit, sich auf diese Zielgruppe einzustellen, wird oft ignoriert (Reinprecht, 2005, S. 71; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, S. 103). Muttersprachliche Beratung und Information über die Angebote der österreichischen Altenhilfe bieten in Österreich Migrantenorganisationen bzw. Beratungsstellen für Migranten von beispielsweise *Terra*², Volkshilfe Österreich³ und Caritas Österreich⁴. Eine Übersicht aller Beratungszentren für Migranten in Österreich bietet die *ARGE MigrantInnenberatung Österreich*⁵. Vom Wiener Hilfswerk wurde die

² <http://www.sozial-global.at/terra-migrantinnen-beratung>

³ <http://www.volkshilfe.at/>

⁴ <http://www.caritas.at/hilfe-einrichtungen/migrantinnen/>

⁵ <http://www.migrant.at/homepage-2006/argeoesterreich/argeoesterreich.htm>

Studie *Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung*⁶ durchgeführt und auf der Homepage veröffentlicht, auf der Homepage des *Hilfswerk Österreich*⁷ wird allerdings keine spezifische Information für Migrantinnen und Migranten angeboten.

Auf längere Zeit gesehen werden bedarfsgerechte Mittel nur dann zur Verfügung gestellt werden, wenn hilfsbedürftige Migranten nicht als Ausnahmefälle behandelt werden, sondern ebenso wie die einheimischen Klienten als Menschen mit einem Anspruch auf qualifizierte Betreuung (Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 50).

5.3 Kultursensible Pflege - Pflegemodelle

Eine der ersten, die die Notwendigkeit kultursensibler Betreuung erkannte, war die Pflege-theoretikerin Madeleine Leininger. Sie hat sich bereits in den 50er Jahren in den USA mit kultursensibler Pflege und Betreuung befasst.

Leininger geht bei der Entwicklung ihrer Theorie von der kulturspezifischen Fürsorge aus. Kulturspezifische Fürsorge schließt die subjektiv und objektiv erlernten und übermittelten Werte, Überzeugungen und strukturierten Lebensweisen ein, die genutzt werden um Menschen bei der Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu unterstützen, ihre Lebensbedingungen und Lebensweisen zu verbessern bzw. ihnen dabei helfen oder sie dabei fördern mit Krankheiten, Behinderung oder dem Tod umzugehen (Leininger, 1998, S. 73; Leininger & McFarland, 2002, S. 57). Das Konzept der kulturspezifischen Fürsorge von Leininger zielt auf die Integration der jeweiligen kulturellen Normen, Werte und Praktiken der Unterstützungsbedürftigen in die tägliche Praxis

6 <http://wien.hilfswerk.at/b2255>

7 <http://www.hilfswerk.at/>

(Plasser, 2005, S. 15). Zur Visualisierung der verschiedenen Dimensionen der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge hat Leininger das Sunrise-Modell entwickelt (siehe Abbildung 17).

Leininger (1998, S. 76) betont, dass die einzelnen Dimensionen und Zusammenhänge kulturspezifischer Fürsorge untrennbar zusammen gehören und in einer engen Beziehung zueinander stehen. Das Modell enthält alle Faktoren die mit der menschlichen Fürsorge zusammenhängen. Es soll bei der Erforschung von menschlicher Fürsorge helfen, die kulturelle Welt mit seinen unterschiedlichen Lebensäußerungen und Einflüssen auf die menschlichen Lebensbedingungen zu verstehen (Leininger, 1998, S. 77).

Von Andrews und Boyle wurde das Konzept der kulturspezifischen Fürsorge von Leininger weiterentwickelt und mit Ansätzen aus der Ethnologie und den Sozialwissenschaften erweitert. Im Zentrum der kultursensiblen Betreuung steht bei Andrews und Boyle die Interaktion der unterschiedlichen Kulturen (Domenig, 2001, S. 145). Transkulturelle Betreuung bedarf laut Andrews (2003, S. 4) eines interkulturellen Assessments, analytischer Geschicklichkeit und der Fähigkeit die Betreuung für Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund zu planen, implementieren und evaluieren. Um eine kultursensible Betreuung zu gewährleisten, ist es nötig, dass die betreuenden Personen den kulturellen Hintergrund, die Traditionen und Wünsche ihrer Klienten und deren Angehöriger verstehen und respektieren (Boyle, 1995, zitiert nach Plymat, 1996, S. 78). Andrews und Boyle haben ein Bewertungsinstrument entworfen, das auf der These einer Bindung der Menschen an kulturelle Gruppen und Gemeinschaften aufbaut. Sie betonen dabei, dass die Gruppengrenzen fließend sind und sich Menschen auch unterschiedlichen Gruppen zugehörig fühlen können. Bestimmend für weitere Faktoren sind dann beispielsweise der Einfluss der Kultur auf das Körperbild, die Rolle von Privatheit und Berührung, die kulturellen Umgangsformen zwischen den Geschlechtern, das unterschiedliche Lebensalter der Menschen etc. (Friebe, 2003, S. 18).

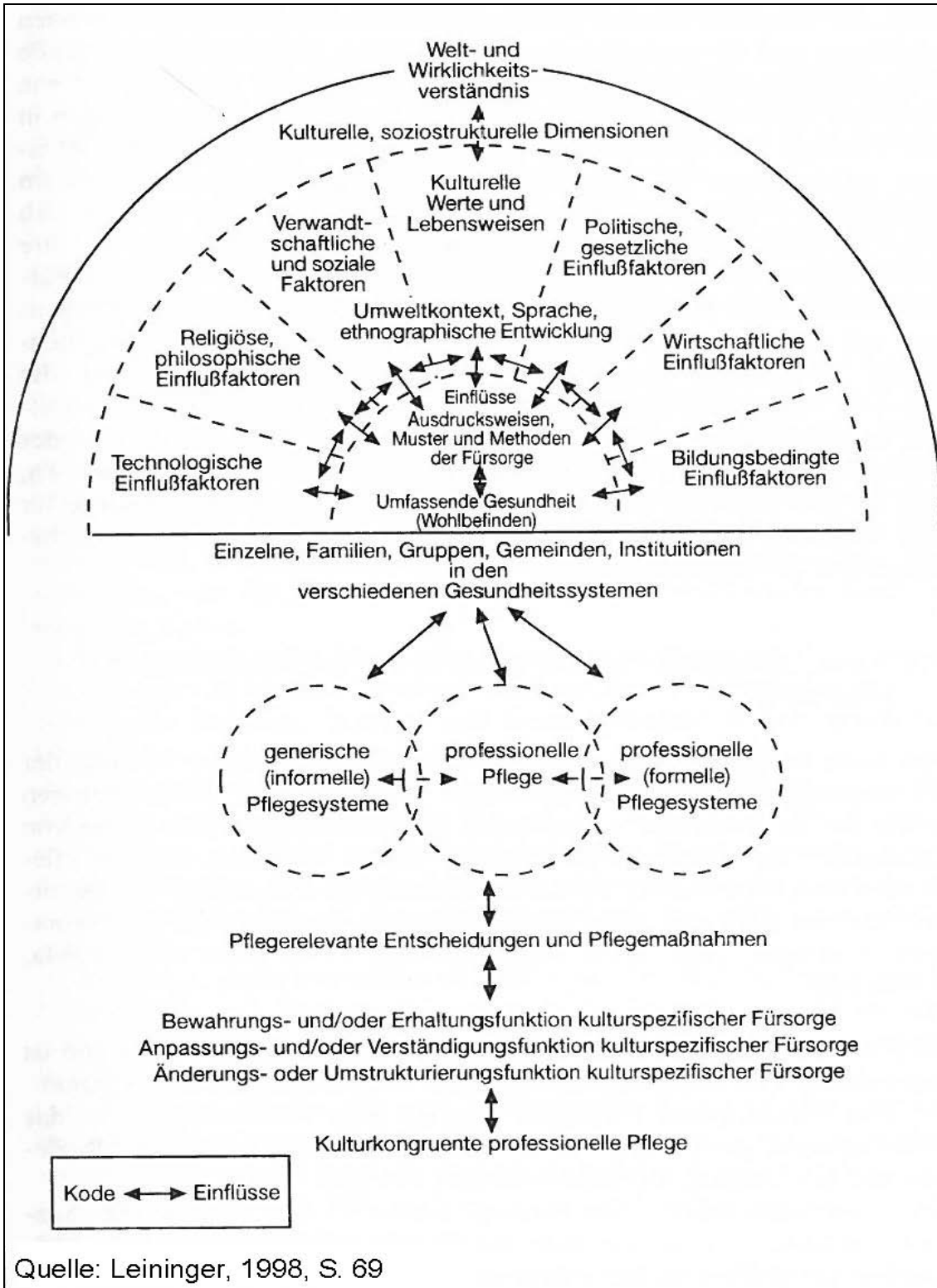


Abbildung 17: Sunrise Modell von M. Leininger

Weitere Pflegemodelle die eine kultursensible Pflege berücksichtigen, sind das Modell des ethnisch-kulturellen Systems von Orque, das Modell der kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen von Campinha-Bacote, das Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz von Papadopoulos, Tilki und Taylor und das „Transcultural Assessment Model“ von Giger und Davidhizar.⁸

Die US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin Modesta Soberano Orque entwickelte das Modell des ethnisch-kulturellen Systems, mit dessen Hilfe Pflegende besonders bedeutsame Aspekte bei der Pflege von Patienten aus ethnischen Minderheiten analysieren können sollen. Orque orientiert sich bei ihrem Modell nach den grundlegenden menschlichen Bedürfnissen nach Maslow, die sie als universell ansieht. Pflegende sollen sich die Unterschiede zwischen einer bestimmten Gruppe und der dominanten Gruppe beispielsweise im Bereich der Wertorientierungen, sozialen Interaktionsmuster, Familienstrukturen und –prozesse oder Ernährungsgewohnheiten bewusst machen. Das ethnisch-kulturelle System steht noch in Verbindung mit dem biologischen, soziologischen und psychologischen System, wobei sich diese vier Systeme gegenseitig beeinflussen.

Josepha Campinha-Bacote legt ihrem Modell der kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen die Annahme zugrunde, dass kulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen ein fortlaufender Prozess ist. Dieser Prozess beinhaltet cultural awareness (Bewusstsein kultureller Hintergründe), cultural knowledge (Wissen über Kultur), cultural skill (Fertigkeiten im Umgang mit kulturellen Gegebenheiten), cultural encounters (kulturelle Begegnungen) und cultural desire (Wunsch nach kultureller Kompetenz). Als antreibende Kraft für den Prozess der kulturellen Kompetenz wird von Campinha-Bacote cultural desire angesehen. *Cultural desire* bezeichnet den echten Wunsch sich kulturüberschreitend zu engagieren und nicht nur

⁸ Die folgende kurze Beschreibung der Modelle folgt den Ausführungen von Seild & Walter, 2006, S. 13-15

die Erfüllung einer lästigen Verpflichtung. Weiters betont Campinha-Bacotes mit ihrem Modell der kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen die besondere Bedeutung der individuellen Verschiedenheit der Menschen innerhalb einer Gruppe.

Das Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz von Papadopoulos, Tilki und Taylor ist auf die Vermittlung kultureller Kompetenz in der Aus- und Weiterbildung in der Pflege ausgerichtet. Unterschieden werden die vier Phasen: Entwicklung von kulturellem Bewusstsein, Aneignung von kulturellem Wissen, Erwerb von kultureller Sensibilität und das Erlernen praktischer Fähigkeiten im Kontext kultureller Kompetenz. Weiters wird bei dem Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz zwischen kulturellgemeiner und kulturspezifischer Kompetenz unterschieden. Die kulturellgemeine Kompetenz hilft dabei spezifische Informationen einzuholen, die zur Pflege einer bestimmten Person benötigt werden.

Mit Hilfe des *Transcultural Assessment Model* von Giger und Davidhizar sollen Studierende der Pflege in der Grundausbildung lernen, die Bedürfnisse von Patienten anderer Kulturen zu erfassen und in die Pflege zu integrieren. Giger und Davidhizar gehen in ihrem Modell davon aus, dass jeder Mensch kulturell einzigartig ist, geprägt von den bisherigen Erfahrungen, kulturellen Überzeugungen und kulturellen Normen. Von den Pflegenden sollen jeweils folgende sechs *kulturelle Phänomene* erfragt werden: Kommunikation, Raum, soziale Organisation, Zeit, Kontrolle über die Umgebung und biologische Varianten. Die größten Probleme entstehen nach Giger und Davidhizar im Bereich der Kommunikation, wenn Pflegepersonen mit Klienten aus für sie fremden Kulturen arbeiten. Das kulturell geprägte Empfinden für die richtige Distanz in Bezug auf Fragen die die öffentliche, gesellschaftliche, persönliche oder intime Zone eines Klienten betreffen, wird mit *Raum* bezeichnet. *Soziale Organisation* meint die Familienbeziehungen, religiöse Werte und Überzeugungen und Rollenzuschreibungen. *Zeit* ermöglicht die Unterscheidung zwischen Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsorientierung. Mit Hilfe des Phänomens *Kontrolle über die Umgebung* soll die „Kontrollüberzeugung“,

die bei dem jeweiligen Klienten vorherrscht, erfasst werden. Mit *biologische Varianten* meinen Giger und Davidhizar beispielsweise die Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten oder die Reaktion auf einzelne Medikamente, die in verschiedenen ethnischen Gruppen unterschiedlich sein können.

6 Resümee

Für viele Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, die seit Beginn der Gastarbeitermigration in den 1960er Jahren und bis heute zugewandert sind, ist Österreich zur zweiten Heimat geworden. In den nächsten Jahren wird für immer mehr der älteren Arbeitsmigranten die Altersversorgung ein wichtiges Thema werden. Die Altersplanung betrifft aber nicht nur die Personen aus Ex-Jugoslawien, die im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit in Österreich alt geworden sind. Auch jene Menschen, die im Rahmen des Familiennachzugs von ihren Kindern und Enkelkindern aus Gründen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nachgeholt wurden, müssen berücksichtigt werden. Prozentuell wächst in Österreich die Gruppe der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung bereits heute am stärksten. Daher muss ein kultursensibles Handeln im Beratungs- und Betreuungsalltag selbstverständlich werden. Der Abbau der Zugangsbarrieren zu den Angeboten der Altenhilfe ist für einen kultursensiblen Umgang mit den älteren Migranten unverzichtbar. Die Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien sind eine sehr heterogene Gruppe, daher ist es wichtig, im Beratungsprozess auf ihre individuellen Bedürfnisse und ihre persönliche Lebensgeschichte einzugehen. Eine kultursensible Öffnung der Institutionen der Altenhilfe hat in Österreich bis heute jedoch erst vereinzelt stattgefunden.

6.1 Derzeitiger Stand der Forschung

Im Zuge der Literaturrecherchen stellte sich heraus, dass es kaum Studien gibt, die sich speziell mit der Situation und den Bedürfnissen der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien befassen. Die

vorhandenen Forschungsarbeiten unterscheiden oft nicht die Herkunftsländer der Migrantinnen und Migranten und/oder behandeln die Thematik unter einem anderen Gesichtspunkt.

Arbeiten außerhalb des europäischen Raums wurden in dieser Arbeit nur vereinzelt berücksichtigt, da im nichteuropäischen Raum das Thema der Altersversorgung von Migranten in der Forschungsliteratur meist unter einem anderen Blickwinkel diskutiert wird. In den USA oder Australien beispielsweise bezieht sich die Forschung hauptsächlich auf die Lebenssituation der ethnischen Minderheiten. Die wenigen Arbeiten und Artikel im englischsprachigen Raum, die im Kontext kultursensiblen Umgangs mit Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, beziehen sich hauptsächlich auf die Auswirkungen der Sprach- und Kommunikationsprobleme bei der Untersuchung und Behandlung nicht englischsprachiger Patienten im Krankenhaus. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass sich die Situation hinsichtlich der Sprach- und Kommunikationsprobleme in den Einrichtungen der Altenhilfe nicht sehr von der im Krankenhaus unterscheidet, erbringen diese Forschungsarbeiten keine eindeutigen Ergebnisse hinsichtlich der Altersversorgung für die Gruppe der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde vorrangig Literatur berücksichtigt, die sich auf Österreich, Deutschland und die Schweiz bezieht. Diese drei Länder zeichnen sich durch Gemeinsamkeiten aus in Bezug auf die Herausforderungen an die Altenhilfe. Die Migranten, die in den 1950er und 1960er Jahren als Gastarbeiter zugewandert sind, kommen heute in ein Alter, indem für sie die Altersversorgung immer mehr zum Thema wird. Die Institutionen der Altenhilfe sind sowohl in Österreich, in Deutschland als auch in der Schweiz gefordert, ihre Angebote entsprechend der Anforderungen für eine professionelle, kultursensible Beratung und Betreuung von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zu erweitern.

In Deutschland und in der Schweiz befassten sich unterschiedliche Einrichtungen bereits in den 1990er Jahren mit dem Thema Alter und

Migration. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Studien und Arbeiten in Form von Diplomarbeiten und Dissertationen verfasst die sich dem Thema des Gesundheitszustands und der Gesundheitsversorgung sowie dem Betreuungsbedarf von älteren Migranten widmen. In Deutschland befassen sich die wissenschaftlichen Arbeiten hauptsächlich mit der türkischen Bevölkerung, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die Mehrheit der Migranten in Deutschland aus der Türkei kommt. Die Herkunftsländer der Migrationsbevölkerung in der Schweiz sind zum Großteil die Nachbarländer (EU-EFTA Staaten) und die Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien. In den veröffentlichten Forschungsberichten wurde jedoch das Herkunftsland nicht berücksichtigt, weshalb auch diese Arbeiten keine dezidierte Aussage für die Gruppe der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien erbringen. Es kann jedoch angenommen werden, dass viele der Probleme, die bei den wissenschaftlichen Arbeiten in Deutschland und der Schweiz genannt wurden, auch auf die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zutreffen.

In Österreich war bis vor wenigen Jahren in der sozialwissenschaftlichen Migrationsforschung das dominierende Thema die Rolle der Migranten am Arbeitsmarkt. Einige spezifische Forschungen zum Thema der Altersversorgung von Migrantinnen und Migranten wurden in Österreich in den Jahren 1999 bis 2005 durchgeführt. Im Jahr 2003 wurde der erste österreichische Migrations- und Integrationsbericht veröffentlicht. Er liefert eine umfassende Berichterstattung über unterschiedliche wesentliche Themen zu Migration und Integration.

Im Folgenden werden exemplarisch je zwei Forschungsarbeiten aus der Schweiz und Deutschland erwähnt, die für diese Arbeit als zentral erachtet werden. Weiters werden die wichtigsten Arbeiten aus Österreich dargestellt, die bis Ende 2007 zum Thema Altersversorgung von Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien durchgeführt wurden.

SCHWEIZ

In der Schweiz wurden in den Jahren 2002 bis 2006 umfangreiche Studien zum Thema Migration und Gesundheit durchgeführt. Aufgrund dieser Studien wurde die Strategie *Migration und Gesundheit* entwickelt, die noch laufend weiterentwickelt wird. Die Strategie orientiert sich an den Werten der Chancengleichheit und zielt darauf, die Bedürfnisse von Migranten im Gesundheitswesen zu verankern. Hauptziel der Strategie ist die Öffnung des Gesundheitswesens für beide Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten. Als wichtigste Interventionsbereiche werden im Rahmen der Strategie folgende Punkte genannt: Sensibilisierung und Förderung für migrations- und schichtspezifische Fragestellungen und Probleme in Aus- und Weiterbildung, Information der Migrationsbevölkerung über das Gesundheitswesen, Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung.⁹

Von der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich wurde in den Jahren 2005 bis 2007 das Forschungsprojekt *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Die Sicht der Betroffenen* durchgeführt. Im Rahmen der Studie wurden den älteren Migrantinnen und Migranten Fragen gestellt hinsichtlich der Kernthemen in ihrem Leben, ihres Unterstützungsbedarfs und des Unterstützungspotentials innerhalb der Familie im Falle einer Pflegebedürftigkeit und welcher Bedarf an außerfamiliärer Unterstützung besteht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Gruppe der Migranten eine sehr heterogene ist und sich in Bezug auf die Einschätzung der Angebote der Altenhilfe und ihres eigenen Betreuungsbedarfs unterscheidet. Die Betreuung zu Hause durch externe Pflegekräfte ist für die Mehrheit der

⁹ vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2002, S. 9ff.; Bundesamt für Gesundheit, 2007, S. 13ff.

Migranten vorstellbar auch das Alters- und Pflegeheim für Einzelne eine Option.¹⁰

DEUTSCHLAND

In Deutschland wurde vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe im Jahr 2002 der Arbeitskreis *Charta für eine kultursensible Altenpflege* gebildet. Mehrere Institutionen, Verbände und Verantwortliche von einzelnen Organisationen haben sich zusammengeschlossen und in einem mehrjährigen Prozess Themen bezüglich der spezifischen Bedürfnisse in der Beratung und Betreuung von älteren Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe bearbeitet. Ziel dieses Arbeitskreises war die Entwicklung einer verbindlichen Arbeitsgrundlage für die interkulturelle Öffnung der Altenpflege. Vom Arbeitskreis *Charta für eine kultursensible Altenpflege* wurden fehlende Informationen und/oder schlechte Erfahrungen mit Institutionen im Gesundheitswesen sowie geringe Deutschkenntnisse als die größten Zugangsbarrieren zu den Altenbetreuungseinrichtungen für Migranten genannt. Für den Abbau der Barrieren für Migranten im Zugang zu den Einrichtungen der Altenhilfe wurde vom Arbeitskreis die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen genannt, in Verbindung mit der Bildung eines interkulturellen Teams und der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter hinsichtlich kultursensibler Betreuung.¹¹

Das Modellprojekt *Integration älterer Migrantinnen und Migranten* im Landkreis Unna war ein mehrjähriges Projekt, bei dem neue integrationsfördernde Strukturen zur Verbesserung der Lebenssituation von türkischen Migranten geschaffen werden sollten. Während des Projekts wurden umfangreiche Befragungen türkischer Migranten durchgeführt und eine

¹⁰ vgl. Kobi, 2007, S. 22ff.

¹¹ vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege & Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), 2002, S. 9ff.

Gruppe von Freiwilligen aus der Zielgruppe hat an dem Projekt mitgearbeitet. Im Rahmen des Projekts wurden beispielsweise muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu Angeboten der Altenhilfe durchgeführt, die Sensibilisierung und Qualifizierung von Mitarbeitern der Altenarbeit für Bedürfnisse von älteren Migranten wurde gefördert, von Migranten selbstorganisierte Angebote wurden gefördert usw. Aufgrund dieses Projektes wurde Anfang 2006 das Netzwerk *Ältere Migranten* gegründet. Interessierte Fachleute der Seniorenarbeit aus dem Gebiet Unna treffen sich regelmäßig zum gemeinsamen Gespräch.¹²

ÖSTERREICH

In Österreich waren die Studien von Reinprecht, die im Rahmen des Projekts *Senior Plus* durchgeführt wurden, die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen die sich mit dem Thema Beratung und Betreuung älterer Migranten in Österreich befassten.

Senior Plus war ein multidisziplinäres Projekt zur sozio-kulturellen Integration der älteren Einwohner der Wiener Gürtelregion und zur Verbesserung der sozialen Infrastruktur für die Zielgruppe. Das Projekt wurde von der Stadt Wien und dem Europäischen Fonds zur Förderung der Regionalen Entwicklung in Auftrag gegeben und lief von Jänner 1997 bis Dezember 1999.

Einer der Forschungsschwerpunkte des Projekts war die Lebens- und Gesundheitssituation älterer Migranten. Im Rahmen der empirischen Erhebung *Lebenssituation, soziale Integration und Altersplanung älterer MigrantInnen in Wien* wurden 241 Migranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien befragt. Die Fragen der Interviews bezogen sich auf die spezifischen Lebensverhältnisse und Problemlagen, die

¹² vgl. Gerling, 2005, S. 407ff.

Altersvorstellungen und Zukunftspläne der älteren Migranten. Es zeigte sich im Rahmen dieser Studie, dass Diskriminierungserlebnisse am Arbeitsplatz, bei Behörden und Ämtern die Integration behindern. Durch Informationsmangel und zahlreiche Zugangsbarrieren, wie beispielsweise fehlende Sprachkenntnisse, wird der Zugang zu den Einrichtungen der Altenhilfe für Migranten erschwert.

Im Zuge der zweiten Untersuchung, die während des Projekts *Senior Plus* stattgefunden hat, *Betreuungssituation von älteren Migrantinnen und Migranten in Wien*, wurde bei 320 Einrichtungen aus den Bereichen Soziales, Gesundheit und Migrantenberatung eine schriftliche Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Studie sollte zeigen, in welcher Weise die Gesundheits- und sozialen Einrichtungen auf die spezifischen Bedürfnisse und Problemlagen älterer Migranten vorbereitet sind. Von den Befragten Personen in den Institutionen werden ebenfalls Diskriminierungserfahrungen, fehlende interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Sprach- und Informationsdefizite als größtes Hindernis für Migranten im Zugang zur Altenhilfe angegeben. Beide Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, dass ein Handlungsbedarf überall dort besteht, wo es um Erleichterung des Zugangs für Migrantinnen und Migranten zu sozialen Einrichtungen und Diensten geht.¹³

Einige spezifische Begleitforschungen bezüglich Defiziten und Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund in der Altersversorgung wurden im Rahmen des EQUAL-Projekts¹⁴ *Integrationsinfoservice von MigrantInnen für MigrantInnen* durchgeführt. Die Gruppe der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien wurde dabei bei den Befragungen zur Situation älterer Migranten in Wien berücksichtigt. Insgesamt wurden 998

¹³ vgl. Reinprecht, 1999, S. 53ff.; Reinprecht, 2005, S. 52ff.; Reinprecht, 2006, S. 17ff.

¹⁴ EQUAL ist eine europäische Gemeinschaftsinitiative mit dem Ziel der Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten. Online im Internet: <http://www.equal-esf.at/new/de/index.html>

muttersprachliche Interviews mit über 55jährigen Männern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen dass die Lebenslage der älteren Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung schlechter ist, bedingt durch geringe Einkommen, einem schlechteren Gesundheitszustand und fehlende Sprachkenntnisse. Es besteht ein hoher Bedarf an Unterstützung und Hilfe in der Alltagsbewältigung, besonders im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Durch fehlende Information über die sozialen Dienste und erschwerte Zugangsbedingungen zu den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs sowie der Altenhilfe, werden diese nur wenig in Anspruch genommen. Für die Mehrzahl der älteren Migranten bleibt Österreich auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der Lebensmittelpunkt, daher besteht ein großer Handlungsbedarf für die Einrichtungen der Altenbetreuung.¹⁵

Eine weitere Studie in der die Gründe für die fehlende Kenntnis und die geringe Inanspruchnahme der vorhandenen Angebote der Altenhilfe untersucht wurde lautet: *Interkulturelle Altenpflege in Wien – Bedarf und Angebot sowie dessen notwendige Modifikationen*. Die Migrantinnen und Migranten wurden zu ihren Wünschen bezüglich der Sozial- und Pflegedienste für Ältere befragt und die Trägerorganisationen zu den möglichen Veränderungen der bestehenden Angebote. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Mehrheit der Migranten auch im Alter in Österreich bleiben möchte. Für ambulante Dienste besteht innerhalb der Migrationsbevölkerung eine hohe Akzeptanz. Abhängig von den Deutschkenntnissen werden aber mehr muttersprachliche Betreuung oder beispielsweise mehr Geduld von den Pflegepersonen gewünscht. Auch Wohnheime wurden von älteren Migranten durchaus positiv angesehen,

¹⁵ vgl. Kienzl-Plochberger, 2005, S. 44ff.; Reinprecht, 2005, S. 52ff.

wenn diese multikulturell angelegt sind. Die Verfügbarkeit familiärer Betreuung wurde von den älteren Migranten selbst eher bezweifelt als von den befragten Personen der Organisationen. Die Trägerorganisationen nannten als wesentliches Hindernis die fehlende interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und die Unklarheit über den Bedarf sowie die Befürchtung, dass es zur Benachteiligung einzelner Gruppen kommen könnte.¹⁶

Vom Wiener Hilfswerk wurde im Jahr 2007 im Zuge des EQUAL-Projekts „diversity@care“ die sozialwissenschaftliche Studie *Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung* veröffentlicht. Ziel der Arbeit war das Erfassen und Sichtbarmachen von kulturell bedingt unterschiedlichen und/oder übereinstimmenden Betrachtungsweisen der häuslichen Pflege und Betreuung. Im Rahmen der Studie wurden die Bedürfnisse der älteren Migranten und deren Zugangsmöglichkeiten zur mobilen Pflege und Betreuung zu Hause sowie ihre Zukunftsvorstellungen in Österreich erfasst. Befragt wurden Experten aus den Selbstorganisationen von Migranten sowie 54 Migrantinnen und Migranten aus Serbien-Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien und 6 Personen aus anderen Ländern die nicht näher genannt wurden. Die Ergebnisse der Befragung der Migrantinnen und Migranten ergab, dass sich viele von ihnen Hilfe und Unterstützung wünschen. Bedingt durch die teilweise geringe Bildung und die schlechten Deutschkenntnisse fehlt den Migranten die notwendige Information über das Angebot der sozialen Dienste. Auch von den befragten Expertinnen und Experten der Betreuungseinrichtungen der Altenhilfe wurde der Informationsmangel und die Unklarheit bezüglich der Rechte und Möglichkeiten für Migranten im Bereich der Pflege und Betreuung im Alter als größte Barriere genannt.¹⁷

¹⁶ vgl. Kremla, 2004, S. 7ff.; Kremla, 2005, S. 3ff.

¹⁷ vgl. Iljić et. al, 2007, S. 11ff.

Einen umfangreichen Überblick über Gesundheitszustand, -verhalten und -versorgung von Migranten in Österreich bietet der *Österreichische Migrations- und Integrationsbericht*. Im Jahr 2003 wurde von Fassmann und Stacher der erste österreichische Migrationsbericht veröffentlicht. Er liefert eine umfassende Berichterstattung über unterschiedliche wesentliche Themen zu Migration und Integration. Die Daten stammen vom Mikrozensus-Sonderprogramm *Gesundheit* aus dem Jahr 1999. Bestimmendes Kriterium für den Faktor Migration war die Staatsbürgerschaft, wobei nur zwischen *Österreich, ehemaliges Jugoslawien, Türkei* und *Andere* unterschieden wurde. Im Jahr 2007 erschien der zweite österreichische Migrationsbericht, der Berichte zu den Themen der rechtlichen Rahmenbedingungen, demographischen Entwicklung und der sozioökonomischen Strukturen von Migranten beinhaltet. Auch beim zweiten österreichischen Migrationsbericht wurde für die Themen Migration und Gesundheit auf die Daten der Mikrozensushebung aus dem Jahr 1999 zurückgegriffen.¹⁸

Weitere Projekte die in Österreich, Deutschland, Belgien und den Niederlanden zur Förderung der sozialen Integration älterer Migranten durchgeführt wurden, sind auf der Homepage des *Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB)*¹⁹ veröffentlicht.

Die Studien zum Thema der Altersversorgung der Migranten nehmen zu, das ist auch im laufe der Diplomarbeit festzustellen, dennoch wird in der sozial- und pflegewissenschaftlichen Forschung das Thema noch nicht

¹⁸ vgl. Fassmann & Stacher (Hrsg.), 2003; Fassmann (Hrsg.), 2007

¹⁹ <http://www.migranten-initiativen.org/>

ausreichend berücksichtigt. Gerade in Österreich steht die wissenschaftliche Forschung in diesem Bereich noch am Anfang.

6.2 Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen der Altersversorgung

Der Lebensstil von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien unterscheidet sich in mancher Hinsicht doch stark von dem der einheimischen Bevölkerung. Bei Kroaten oder Slowenen – speziell in den Städten - ist kaum ein Unterschied in der Lebensart im Vergleich zu Österreich feststellbar. Hingegen sind bei Migranten aus den ländlichen Gebieten des heutigen Serbien oder Bosnien und Herzegowina deutliche Unterschiede im Lebensstil im Vergleich zu den Österreichern gegeben. Für sie ist die Beachtung der kulturellen Traditionen und religiösen Pflichten noch sehr wichtig. Die Aufrechterhaltung der gewohnten und vertrauten Traditionen ist gerade für ältere Menschen oft eine Notwendigkeit um ihre eigene Identität zu bewahren und ihr subjektives Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Die geringe Beachtung der kulturellen und religiösen Bedürfnisse wird von den Migrantinnen und Migranten neben der Sprach- und Kommunikationsprobleme oft als Hindernis im Zugang zu den Einrichtungen der Altersversorgung genannt.²⁰

Ein überwiegender Teil der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien kam im Zuge der Gastarbeitermigration bzw. des Familiennachzugs aus Serbien nach Österreich. Gerade bei den serbischen Migranten wurden bei den durchgeführten Studien Sprach- und Kommunikationsprobleme festgestellt. Aufgrund der geringen Deutschkenntnisse kommt es zu einem Informationsmangel bei den älteren Migranten. Informationsmaterial in den

²⁰ vgl. Iljić et. al, 2007, S. 34f.; Reinprecht, 2005, S. 56

Sprachen des ehemaligen Jugoslawien und muttersprachliche Beratung wird erst von wenigen Einrichtungen der Altenhilfe angeboten. Bei den Untersuchungen hat die Mehrheit der befragten Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien Bedarf an muttersprachlicher Information, Beratung und Betreuung angegeben. Beispielsweise wurde bei einer durchgeführten Befragung bezüglich bestehender Kommunikationsbarrieren im österreichischen Gesundheitssystem eine Gruppe von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zu ihren Erfahrungen befragt. Dabei wurde kritisiert, dass zwar bei den Visiten muttersprachliche Mitarbeiter zum Dolmetschen anwesend sind, aber außerhalb dieser Zeit gäbe es keine Möglichkeit sich in Muttersprache zu unterhalten. Das wurde von Betroffenen kritisiert: „Das ist ja keine Lösung, dass die Krankenschwestern nur Deutsch sprechen. Denn zum Gesundwerden gehören nicht nur die Medikamente, sondern auch, der...Zugang. Das ist oft genauso wichtig.“²¹ Im Zusammenhang von Sprach- und Kommunikationsprobleme bei den Migrantinnen und Migranten darf auch die emotionale Ebene nicht vernachlässigt werden.²²

Die Berücksichtigung der kulturellen und religiösen Traditionen sowie muttersprachliche Beratung und Betreuung und die Bereitstellung von Informationsmaterial in den Sprachen des ehemaligen Jugoslawien ist ein zentraler Bestandteil von interkultureller Kompetenz und interkultureller Öffnung.

²¹ Kremla, 2004, S. 69

²² vgl. Iljić et. al, 2007, S. 30; Kremla, 2004, S. 27ff.; Kremla, 2005, S. 6f.

6.3 Handlungsmöglichkeiten

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche werden im Folgenden Handlungsmöglichkeiten für den Abbau von Zugangsbarrieren vorgeschlagen. Zum einen sollte von der Migrationsforschung in Österreich die Situation der Migrantinnen und Migranten im Kontext der Altersversorgung berücksichtigt werden. Es liegen bisher nur sehr wenige Daten hinsichtlich der Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Altenhilfe vor. Die Organisationen der Altenbetreuung sollten Bedarfsanalysen bei der Zielgruppe und in den Altenbetreuungseinrichtungen durchführen. Andererseits sollten anhand der bereits vorliegenden Daten Maßnahmen gesetzt werden, um einer kultursensiblen Altersversorgung von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien gerecht zu werden. Der größte Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der Erweiterung des kulturspezifischen Angebots für ältere Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Im speziellen betrifft das den Abbau der Sprach- und Kommunikationsprobleme durch muttersprachliche Information und Beratung sowie die Schaffung von Möglichkeiten zur Religionsausübung. Bis heute sind die vorhandenen Angebote für muttersprachliche Beratung und Betreuung überwiegend auf der Ebene von Vereins- oder Freiwilligenarbeit angesiedelt.

6.3.1 Abbau von sprachlichen Barrieren

Trotz langjährigem Aufenthalt in Österreich sprechen gerade ältere Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien schlecht Deutsch. Viele haben große Probleme beim Schreiben und Lesen von deutschen Texten. Bei den serbischen Migranten kommt hinzu, dass sie mit dem kyrillischen Schriftbild besser vertraut sind als mit dem lateinischen. Bedingt sind diese Sprachprobleme überwiegend durch das niedrige Bildungsniveau, speziell bei den serbischen Staatsangehörigen. Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, die als Arbeitsmigranten nach Österreich

kamen, hatten meist nicht genügend Zeit und Geld um Deutsch zu lernen. Hinzu kommt noch, dass viele aufgrund der Rückkehrabsicht keinen Bedarf sahen, ihre Deutschkenntnisse zu verbessern.

Zum Abbau der Sprachbarriere besteht Handlungsbedarf bei den österreichischen Organisationen und Einrichtungen der Altenbetreuung. Die verantwortlichen Stellen dürfen sich nicht darauf verlassen, dass die älteren Migranten von ihren jüngeren Familienangehörigen ausreichend Unterstützung und Beratung bekommen.

Um den älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien den Zugang zu Information zur Altersversorgung in Österreich zu ermöglichen ist es unerlässlich, dass mehrsprachiges Informationsmaterial angeboten wird. Für die serbischen Migranten ist es notwendig, dass Broschüren und Informationen auch in kyrillischer Schrift zur Verfügung gestellt werden. Vom Wiener Hilfswerk wurde im Jahr 2007 ein Ratgeber zur Pflege und Betreuung im Alter für Menschen mit Migrationshintergrund erstellt. Diese Broschüre, *Älter werden in einem fremden kulturellen Umfeld*²³, ist in den Sprachen deutsch, kroatisch und serbisch (in kyrillischer Schrift) kostenlos beim Wiener Hilfswerk erhältlich. Auf Basis der sozialwissenschaftlichen Studie von Ilić et. al wurden in der Informationsbroschüre nützliche Tipps, Gedanken, Überlegungen und Informationen für Migrantinnen und Migranten über die Dienstleistungen der Altenhilfe in Wien zusammengefasst. Informationsmaterial in dieser Form sollte für Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in ganz Österreich zur Verfügung gestellt werden.²⁴

²³ Schornböck et. al, 2008

²⁴ vgl. Ilić et. al, 2007, S. 30; Kremla, 2004, S. 141; Kremla, 2005, S. 7; Reinprecht, 1999 S. 53ff.; Reinprecht, 2005, S. 75

Im persönlichen Kontakt mit den Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien ist die muttersprachliche Beratung außerordentlich wichtig. Besonders bei der persönlichen Beratung kann es zu Missverständnissen oder unzureichender Information kommen, wenn Angehörige das Dolmetschen übernehmen. Einige Themen werden vielleicht gar nicht angesprochen, weil es der unterstützungsbedürftigen Person unangenehm ist es in Gegenwart eines Familienangehörigen zu besprechen.

Ein Angebot, das bezüglich muttersprachlicher Beratung in Österreich bereits teilweise eingeführt wurde, ist die Sprach- und Kulturmittlung (auch häufig als *Kommunal Dolmetschen* bezeichnet). Diese Dolmetscherdienste sind in Österreich nach Vorbildern in den Niederlanden, Großbritannien und Skandinavien entstanden. Die Definition der Sprach- und Kulturmittlung ist in den verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich und reicht von einer reinen Dolmetschtätigkeit bis hin zur Kulturmittlung oder Beratungstätigkeit. Sprach- und Kulturmittler vermitteln und dolmetschen soziokulturelle Hintergründe, um den Interaktionsprozess zwischen fremdsprachigen Klienten und den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Gemeindedolmetscherdienste werden auch in anderen Ländern Europas eingesetzt, zum Beispiel in der Schweiz und in Deutschland, um die sprachliche Verständigung im Sozial- und Gesundheitswesen zu unterstützen. Die Ausbildung zum Kommunal- bzw. Kulturdolmetscher fand in Österreich bisher erst in einigen Pilotprojekten in Graz, Wien und Linz statt. Vom Wiener Krankenanstaltenverbund wurde einmalig von 2000 bis 2001 in verkürzter Form der Lehrgang *Krankenhaus-Dolmetschen* für Mitarbeiter des Gesundheitswesens angeboten. An der Karl Franzens-Universität Graz wurde von 2004 bis 2006 der

Universitätslehrgang *Kommunaldolmetschen* durchgeführt²⁵. Eine Weiterführung des Universitätslehrgangs *Kommunaldolmetschen* in den Sprachen Bosnisch/ Kroatisch/Serbisch und Russisch ist das Wintersemester 2008/2009 vorgesehen, hängt aber einerseits von der Zahl der Anmeldungen pro Sprache und andererseits von den noch ausstehenden Förderzusagen für den Lehrgang ab.²⁶ In Graz und Linz haben die Vereine Zebra²⁷ und *migrare*²⁸ für Migrantinnen mit den unterschiedlichsten Herkunftskulturen eine Ausbildung zum Kulturdolmetscher angeboten.

Der Ausbau der Dolmetscherdienste, insbesondere der Kommunaldolmetscher ist eine wichtige Maßnahme zum Abbau der Sprach- und Verständigungsprobleme in der Beratung und Betreuung von älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Es wäre zu überlegen, ob die Ausbildung zum Kommunaldolmetscher in den Ausbildungsplan für Pflegewissenschaften aufgenommen werden kann.

6.3.2 Abbau von religiös-kulturellen Barrieren

Nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben pflegen ältere Migranten soziale Kontakte oft verstärkt mit Personen aus dem eigenen Kulturkreis. Diese Abgrenzung hängt oft auch mit negativer Erfahrung mit der einheimischen Bevölkerung zusammen. Zur Bewahrung ihrer Identität und als Reaktion auf die Veränderungen nach dem Erwerbsleben wird für viele der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien die aktive Ausübung ihrer religiösen Traditionen und Pflichten sehr bedeutend. Für

²⁵ Stofner, 2006; S. 22

²⁶ http://www.uni-graz.at/weit2www/weit2www_programm-2/weit2www_ulg/weit2www_kommunal.htm

²⁷ <http://www.zebra.or.at/angebote1.html>

²⁸ <http://www.migrare.at/cms/>

Organisationen der Altenhilfe ist dabei zu beachten, dass die Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien unterschiedlichen Glaubensgemeinschaften angehören. Die überwiegende Mehrheit der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien sind Angehörige der serbisch-orthodoxen Kirche, gefolgt vom Islam und der römisch-katholischen Kirche. Im Rahmen der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe ist es erforderlich, dass für Migranten auch im Krankheitsfall die Möglichkeit zur Ausübung ihrer Religion geschaffen wird.²⁹

Unabhängig davon, ob die älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien der serbisch-orthodoxen, römisch katholischen oder islamischen Glaubensgemeinschaft angehören, für alle ist die Befolgung ihrer Gebets- und Fastenzeiten besonders wichtig. Ein geeigneter Gebetsraum sollte zur Verfügung stehen.

Ein weiterer Punkt sind die Essgewohnheiten, besonders für Muslime ist die Einhaltung der Speisevorschriften wichtig.

Für Muslime ist zusätzlich die körperliche Reinheit und die Einhaltung der damit im Zusammenhang stehenden Hygienennormen wichtig.

In der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe ist für streng gläubige Muslime die Betreuung durch andersgeschlechtliches Personal ein sensibles Thema.

In den Einrichtungen der Altenhilfe sollten entsprechende Möglichkeiten zur Ausübung der Religion und kulturellen Traditionen geschaffen werden. Bei der Zubereitung des Essens sollten die islamischen Speisevorschriften

²⁹ vgl. Iljić et. al, 2007, S. 23; Kremla, 2005, S. 8; Reinprecht, 2005, S. 75

und die jeweiligen Fastenzeiten berücksichtigt werden. Für eine größere Anzahl von Besuchern, beispielsweise zum Feiern traditioneller Feste, sollten geeignete Besuchsräume vorhanden sein. Es sollten die notwendigen Gebetsräume eingerichtet werden und die älteren Migranten sollten regelmäßig die Möglichkeit zu einem Gespräch mit einem Geistlichen erhalten. Das gilt für Angehörige aller Glaubensgemeinschaften, für Katholiken ebenso wie für Muslime.³⁰

6.3.3 Interkulturelle Aus- und Weiterbildung

Eine entscheidende Maßnahme für eine angemessene Beratung und Betreuung der älteren Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Altenhilfe ist eine zielgruppenspezifische Information und der Einsatz von interkulturell qualifizierten Mitarbeitern. Interkulturelle Kompetenz bei den Mitarbeitern setzt eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung voraus. Die Beratungs- bzw. Betreuungspersonen müssen sich durch interkulturelle Bildung spezielles Wissen hinsichtlich der jeweiligen Sprache, Religion bzw. Kultur und den damit im Zusammenhang stehenden üblichen Gebräuchen und Pflichten aneignen. Für die Bildung interkultureller Handlungskompetenz braucht es jedoch nicht nur Wissen über kulturelle Hintergründe. Die handelnden Personen müssen die Befähigung zu Empathie, Rollendistanz, kommunikativer Kompetenz und Widersprüche auszuhalten verfügen. Besonders wichtig ist allerdings eine offene Haltung gegenüber den anderen und die Bereitschaft seine bisherigen Vorstellungen und Meinungen zu überdenken und immer wieder anzupassen - das Erkennen der Bedingtheit der eigenen Kultur.³¹

Bei der Vermittlung von interkultureller Kompetenz ist das Sammeln von interkulturellen Erfahrungen ein zentraler Bestandteil. Durch die Bildung

³⁰ vgl. Iljić et. al, 2007, S. 50ff. ; Kremla, 2004; S. 98

³¹ vgl. Iljić et. al, 2007, S. 9f.; Germing, 2003, S. 5ff. ; Kremla, 2004, S. 24ff.; Zacharaki, 2006, S. 12

von interkulturellen Teams haben die Mitarbeiter in den Institutionen der Altenhilfe die Möglichkeit von den Kollegen und Kolleginnen zu lernen. Die Bildung von interkulturellen Betreuungsteams stellt eine wertvolle zusätzliche kulturelle und sprachliche Ressource für die Betreuungseinrichtungen dar.

7 Abschließende Überlegungen

Die Institutionen der Altenhilfe in Österreich sind zwar prinzipiell für Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien offen, doch muss auf Grund der durchgesehenen Literatur gesagt werden, dass sie oft nur unzureichend auf den Umgang mit der Zielgruppe vorbereitet sind. Migrantinnen und Migranten werden von den Einrichtungen der Altersversorgung bis heute nur teilweise als potenzielle Kunden angesehen. Von den verantwortlichen Personen der Altenbetreuungseinrichtungen wird als Grund dafür häufig die geringe Nachfrage seitens der Migranten genannt, was wiederum darauf zurückzuführen sei, dass auch kaum Bedarf bestehe. Die verantwortlichen Personen der Institutionen der Altenhilfe gehen teilweise noch immer davon aus, dass die Betreuung der alten Migrantinnen und Migranten überwiegend von den jüngeren Familienmitgliedern übernommen wird. Aufgrund der sich ändernden Familienstrukturen innerhalb der Migrantenhaushalte wird jedoch auch die familiäre Betreuung immer seltener. Immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten leben in Singlehaushalten und sind auf Betreuung und Hilfe von sozialen Diensten angewiesen. Die Ergebnisse der im Jahr 2006 von der Statistik Austria durchgeführten Gesundheitsbefragung haben gezeigt, dass innerhalb der Migrantenfamilien Bedarf an externer Hilfe besteht, jedoch oft aufgrund der bestehenden Zugangsbarrieren nicht in Anspruch genommen wird. Einschlägige Studien haben gezeigt, dass gerade die mobilen Dienste von der Mehrheit der Bevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien angenommen werden. Aber auch dort, wo die Angehörigen die Pflege und Betreuung zur Gänze selbst übernehmen, kann eine Beratung durch Pflegepersonen sehr hilfreich sein, um ihnen diese Aufgabe zu erleichtern.

Ergebnisse mehrerer Forschungsprojekte zeigen, dass die geringe Nachfrage seitens der älteren Migranten zum Teil auch auf die bestehende Rückkehrabsicht zurückzuführen ist. Viele der älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien haben sich über ihre Altersversorgung in Österreich noch kaum Gedanken gemacht. Bei vielen von ihnen, die als Arbeitsmigranten nach Österreich kamen, blieb der Wunsch nach Rückkehr in die Heimat bis heute bestehen. Oftmals wird auch die Möglichkeit des Pendelns zwischen dem ehemaligen Heimatort und Österreich in Betracht gezogen. Der Hauptgrund für die geringe Nachfrage und Inanspruchnahme liegt jedoch sicherlich darin, dass die Angebote der Altenbetreuung aufgrund zahlreicher Barrieren für die älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien nur erschwert zugänglich sind.

Hinsichtlich einer kultursensiblen Beratung und Betreuung von Migranten sowie einer interkulturellen Öffnung der Altenbetreuungseinrichtungen besteht also auch heute noch Handlungsbedarf, wenn die Institutionen und Einrichtungen der Altenhilfe ausreichend auf den Betreuungsbedarf von ausländischen Klienten vorbereitet sein sollen. Eine intensivere Zusammenarbeit mit den Migrantenorganisationen wäre dabei wünschenswert.

Um den Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien ein würdevolles Altern in Österreich zu ermöglichen ist ein aktiver Zugang auf die Zielgruppe von Seiten der Experten der Altenhilfe notwendig. Das Ziel einer kultursensiblen Beratung und Betreuung in der Altenhilfe darf nicht die Anpassung der Migranten an die österreichischen Institutionen sein. Für eine kultursensible Altenbetreuung ist es zudem wichtig nicht nur die ethnischen Unterschiede der betreuungsbedürftigen Personen zu sehen. Jeder Mensch hat seine eigenen Vorstellungen wie er im Alter betreut und gepflegt werden möchte. Trotz aller Verschiedenheit hinsichtlich des Anspruchs an die Altenhilfe bleibt als verbindender Anspruch über alle Unterschiede hinweg das Recht jedes Einzelnen auf eine gleichwertige und individuelle Betreuung. Die Interkulturelle Öffnung der Institutionen und

interkulturell kompetente Mitarbeiter stellen für eine professionelle und gleichwertige Beratung und Betreuung von älteren Menschen eine Notwendigkeit dar.

8 Literaturverzeichnis

Altug A. (2000), In: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (Hrsg.), *Muslimen im Gesundheitswesen (Dokumentation der Fachtagung in Hannover)*, Hannover: Sponholtz, S. 6-7

Amesberger H., Halbmayr B., Liegl B. (2003), *Gesundheit und medizinische Versorgung von Immigrant/innen*, In: Fassmann H., Stacher I. (Hrsg.), *Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht, Demographische Entwicklungen – sozioökonomische Strukturen – rechtliche Rahmenbedingungen*, Wien: Drava Verlag Klagenfurt/Celovec, S. 174-194

Andrews M. (2003), *Historical and Theoretical Foundations of Transcultural Nursing Care*, In: Andrews M., Boyle J. (Ed.), *Transcultural Concepts in Nursing Care* (4th ed), p. 3-92

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege & Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) (2002), *Für eine kultursensible Altenpflege, Eine Handreichung*, Köln: Michael Kowolik, KDA

Baldaszi E. (2006), *Stand der Forschung zur Migration in Österreich, Eine kurze Übersicht*, In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 49, S. 861-865

Baldaszi E. (2007), *Altern in Gesundheit, Vienna Healthy Ageing Profile*, Wien: Bereichsleitung für Strukturentwicklung/Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, S. 25-55

Bauböck R. (1996), *Nach Rasse und Sprache verschieden, Migrationspolitik in Österreich von der Monarchie bis heute*, In: *Political Science Series*, Nr. 31

Biffi G. (2004), Der Einfluss von Immigration auf Österreichs Wirtschaft, In: Nationaler Kontaktpunkt Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk (Hrsg.), Der Einfluss von Immigration auf die österreichische Gesellschaft, S. 12-15, Abrufbar im Internet: www.oeaw.ac.at/kmi/Bilder/Graue%20Literatur/Hofbauer.pdf (Stand 12.12.2007)

Bischoff A. (2003), Caring for migrant and minority patients in European hospitals, A review of effective interventions, Online: www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf Stand (07.01.2008)

Borde T., Braun T. & David M. (2003), Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze (Schlussbericht), Berlin: Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Abrufbar im Internet: www.asfh-berlin.de/hsl/freedocs/228/berlinernotfallambulanzstudie2003.pdf (Stand 12.12.2007)

Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.) (2002), Migration und Gesundheit, Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006, Bern: BAG, Fachstelle Migration und Gesundheit, Abrufbar im Internet: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de> (Stand 12.12.2007)

Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.) (2007), Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2009-2013), Abrufbar im Internet: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de> (Stand 12.12.2007)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005), Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung, Berlin, Abrufbar im Internet: <http://www.bmfsfj.de> (Stand 04.04.2008)

Bundeskanzleramt - Bundesministerium für Frauen, Medien und Öffentlicher Dienst (Hrsg.) (2007), Migrantinnenbericht 2007, Wien: Remaprint

Collatz J. (2000), Muslime im Gesundheitswesen (Dokumentation der Fachtagung in Hannover), In: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (Hrsg.), Hannover: Sponholtz, S. 9-13

Culley L. (2006), Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care, In: Nursing Inquiry, Vol. 13, No. 2, p. 144-153

Dichatschek G. (2006), Aspekte eines Migrantentums in Österreich – Ein Vergleich mit Deutschland, Netzwerk gegen Gewalt, Abrufbar im Internet: http://www.netzwerkgegengewalt.org/wiki.cgi?Aspekte_eines_Migrantentums (Stand 7.12.2007)

Dogan R. (2004), Ältere Migranten/innen in Österreich, In: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Kreis Unna, Der Landrat Fachbereich Arbeit und Soziales Koordinierungsstelle Altenarbeit, Multikulturelles Forum Lünen e.V. (Hrsg.), Auch Migranten werden alt! Lebenslagen und Perspektiven in Europa (Dokumentation der Fachtagung vom 30 Juni bis 1. Juli 2003 in Lünen), Unna: Hausdruckerei Kreis Unna, S. 48-55

Domenig D. (2001), Einführung in die transkulturelle Pflege, In: Domenig D. (Hrsg.), Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern: Hans Huber Verlag, S. 139-157

Dornheim J. (2001), Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell, In: Domenig D. (Hrsg.), Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern: Hans Huber Verlag, S. 27-43

Engel F. & Sickendiek U. (2005), Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen, In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 10, Nr. 4, S. 163-171

EQUAL EP TransKom – gesund & sozial (Hrsg.) (2007), Vergleichende Studie zu Sprach- und Kulturmittlung in verschiedenen Europäischen Ländern, Hürth: Habeth

Ertl A. (2000), Impulsreferat Kultursensible Pflege (schriftliche Fassung eines Referates auf der Fachpolitischen Tagung 21. Nov. 2000), Charta für eine Kultursensible Altenpflege ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung, Dokumentation der Fachpolitischen Tagung, Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Evrensel A. & Höbart C. (2004), Migration im Österreichischen Roten Kreuz (Gesamtstudie), Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte

Fassmann H. & Stacher I. (Hrsg.) (2003), Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht, Demographische Entwicklungen – sozioökonomische Strukturen – rechtliche Rahmenbedingungen, Klagenfurt: Drava Verlag Klagenfurt/Celovec

Fassmann H. (Hrsg.) (2007), 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006: Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt: Drava Verlag Klagenfurt/Celovec

Friebe, J. (2003), Kultursensibles Pflegeassessment – Standardisierte Verfahren in der Pflegeinteraktion, In: Pflege & Gesellschaft, 8. Jg., Nr. 1, S. 17 – 20

Friebe J. & Zalucki M. (Hrsg.) (2003), [Hrsg. Institut: DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung], Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bielefeld: Bertelsmann

Friesenhahn G. (2002), Interkulturelle Kompetenz zwischen Pflicht und Kür, Sozialpädagogische Verortung eines schillernden Begriffs (schriftliche Fassung eines Einführungsvortrags zum Symposium „Die internationale Kompetenz von Jugendlichen stärken“), Abrufbar im Internet: http://www.fh-koblenz.de/fileadmin/medien/Koblenz/Sozialwesen/Publicationen/Vortrag_Herrenalb_Endfassung.pdf (Stand 7.12.2007)

Geiger I. (2000), Interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, In: Beauftragt der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, S. 37-44

Gerling V. (2003), Die britische und deutsche Antwort der Altenhilfe auf zugewanderte Senioren/innen im Vergleich, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 36, Nr. 3, S. 216-222

Gerling V. (2005), Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Migranten/innen dargestellt am Beispiel eines Modellprojektes im Kreis Unna, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 38 (6), S. 407-416

Germing C. (2003), Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit (schriftliche Fassung des Vortrags auf dem Fachtag „Sichtwechsel weit weg – nah dran. Interkulturelle Kompetenz in der Jugendsozialarbeit“), Im Internet Abrufbar: http://www.c-buenger.de/lehre/cb_06-07/material/Interkulturelle_Kompetenz_in_der-sozialen-Arbeit.pdf (Stand 4.4.2008)

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2004), Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen, Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven, Bremen

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2007), Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten, Ein Bericht zu Daten des Gesundheitsamtes Bremen, Bremen

Graham H. & Kelly M. P. (2004), Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy, Health Development Agency, Abrufbar im Internet: http://www.nice.org.uk/aboutnice/howweare/aboutthehda/evidencebase/keypapers/papersthatinformandsupporttheevidencebase/health_inequalities_concepts_frameworks_and_policy_briefing_paper.jsp (Stand 19.12.2007)

Grilz-Wolf M. (2003), Entwicklung innovativer Konzepte zur sozialen Integration älterer MigrantInnen (Unveröffentlichter Forschungsbericht), Wien: Europäisches Zentrum

Gugerell M. (2003), Veränderungen in der Pflege, In: Österreichische Pflegezeitschrift, Die freiberufliche Berufsausübung, Jg. 56, Nr. 4, S. 16-19

Haug S. & Sauer L. (2006), Bestimmungsfaktoren internationaler Migration, Ein Überblick über Theorie zur Erklärung von Wanderungen, In: Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst (Hrsg.), Migration und ethnische Minderheiten, Abrufbar im Internet: <http://www.gesis.org/Information/soFid/fachbeitraege.htm> (Stand 23.10.2007)

Herberhold M. (2002), Die Auswirkungen der Rede von verschiedenen Kulturen auf die Lebensbedingungen alter türkischer Frauen in Deutschland, Kulturkonstruktionen, Universität Bamberg Elektronische Hochschulschriften, Abrufbar im Internet: <http://elib.uni-bamberg.de/volltexte/2002/9.html> (Stand 22.10.2007)

Hermann M. (2000), Kulturspezifische Krankheitskonzepte, In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, S. 27-30

Hintermann C. (2001), Die Diversifizierung der Zuwanderung nach Österreich – Entwicklungen seit Mitte der 80er Jahre, In: ICE-Vienna, Verein zur Förderung von Medienaktivitäten im schulischen und außerschulischen Bereich (Hrsg.) (Fachaufsatz), Abrufbar im Internet: http://www.lehrerweb.at/_ms/praxis/gw_unterricht/diversifizierung.pdf (Stand 10.12.2007)

Hjelm K., Nyberg P, Isacson A, Apelqvist J. (1999), Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females, In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 30, No. 5, p. 1147-1159

Hjelm K., Bard K., Nyberg P., Apelqvist J. (2005), Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin, In: Journal of Advanced Nursing Vol. 50, No. 1, p. 47-59

Hörbst V. (2002), Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld der Kulturen, In: Flüchtlingsrat Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge, Sonderheft des Fördervereins Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V., Nr. 89/90, S. 40-58 , Bockenem: Druckerei Lühmann

IOM International Organization for Migration (2003) (Hrsg.), Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich, Abrufbar im Internet: http://209.85.135.104/search?q=cache:DR7u7gRq0-cJ:iom.ramdisk.org/de/images/uploads/National%2520Report%2520Austria%2520D_1089385842.pdf+soziale+exklusion+und+Gesundheit+von+MigrantInnen+in+%C3%B6sterreich&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=at (Stand 04.04.2008)

Ilić M., Kavazović E., Schornböck H., (2007), Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung, Eine sozialwissenschaftliche Studie, Abrufbar im Internet: <http://wien.hilfswerk.at/d301> (Stand 15.5.2008)

Illhardt F. J. (1998), Einverständnis und Kultur: Anmerkungen zu einem neuen Problem der Medizin, In: Ethik in der Medizin, Nr. 10, S. 26-39

Ilkilic I. (2007), Medizinische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten, In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 132, S. 1587-1590

Jundt K. und Friese K. (2006), Besonderheiten im Umgang mit muslimischen Patientinnen in der gynäkologischen Praxis, In: Der Gynäkologe, Nr. 11, S. 899-903

John M. (2004), Überblick über die Einwanderungsgeschichte und ihre Entwicklungen, In: Nationaler Kontaktpunkt Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk (Hrsg.), Der Einfluss von Immigration auf die österreichische Gesellschaft, S. 12-15

Kienzl-Plochberger K. (2005), Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Befragung und Beratung von MigrantInnen (55+) im Rahmen der Begleitforschung des EQUAL-Projekts „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen (IIS)“ (Unveröffentlichter Projektbericht), Wien: Fonds Soziales Wien/Wiener Sozialdienste, S. 44-51

Kirchermeier S., Uzarewicz C., Klein H. & Kutschke T. (2003), Kollektivistische und individualistische Dimensionen in den Grundlagen kultursensibler Pflege und Gesundheitsförderung, In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 8., Nr. 1

Kirkcaldy B., Wittig U., Furnham A., Merbach M. & Siefen R.G. (2006), Migration und Gesundheit, Psychosoziale Determinanten, In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Nr. 49 (9), S. 873-884

Kneer G. (1996), Migration und Konstruktion. Das push-pull-Modell aus der Sicht einer konstruktivistischen Migrationstheorie, In: Zeitschrift für Siebenbürgische Landeskunde, Jg. 19, Nr. 1, S. 32 - 42

Knelange C. und Schieron M. (2000), Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege, In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 5, Nr. 1, S. 4-11

Kobi S. (2007), Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Die Sicht der Betroffenen (Schlussbericht), Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit

Koch-Straube U. (2000), Beratung in der Pflege – eine Skizze, In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 5, Nr. 1, S. 1-3

Konrad U. (2004), Mobile Pflegeberatung, In: Österreichische Pflegezeitschrift, Jg. 57, Nr. 12, S. 16-19

Körtner, U. H. J. (2007), Krankheit, Kultur und Religion, Fragestellungen interkultureller Medizin- und Pflegeethik, In: Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 157 (9-10), S. 183-189

Kowalsky L. O., Verhoef M. J., Thurston W. E. & Rutherford G. E. (1996), Guidelines For Entry Into An Aboriginal Community, In: The Canadian Journal of Native Studies XVI, No. 2, p. 267-282

Kozon V. & Suditu C. (2004), Pflegeberatung in der Praxis, In: Österreichische Pflegezeitschrift, Jg. 57, Nr. 12, S. 12-15

Kremla M. (2004), Interkulturelle Altenpflege in Wien: Angebot und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen, Wien: Asylkoordination Österreich

Kremla M. (2005), Interkulturelle Altenpflege in Wien, Bedarf und Angebot sowie dessen notwendige Modifikationen (Ergebnisbericht), Wien: Asylkoordination Österreich (Hrsg.)

Künzler Amacher E. (2005), „Frag nicht nach meiner Mutter, frag nach meiner Arbeit“ Ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrantinnen und –migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo, (Dissertation), Universität Zürich: Studentendruckerei, Abrufbar im Internet: http://www.dissertationen.unizh.ch/2006/kuenzler_amacher_diss.pdf (Stand 04.04.2008)

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) (Hrsg.) (2006), Mehr als Tee und Baklava, Die Facetten der Kultursensiblen Altenpflege (Broschüre zur Kultursensiblen Altenpflege), Mainz: Klaus Koch

Laubacher-Kubat E. (2004), Immigration im österreichischen Kontext: Terminologie und heutige Situation, In: Nationaler Kontaktpunkt Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk (Hrsg.), Der Einfluss von Immigration auf die österreichische Gesellschaft, S. 6-8

Lebhart G. (2002), Internationale Migration, Hypothesen, Perspektiven und Theorien, In: Institut für Sozialwissenschaften, Philosophische Fakultät III, Humboldt-Universität zu Berlin (Hrsg.), Demographie aktuell, Vorträge – Aufsätze – Forschungsberichte, Nr. 19, S. 1- 50, Abrufbar im Internet: <http://209.85.135.104/search?q=cache:uOJo6xHCUaoJ:www.social-science-geis.de/Information/SowiNet/sowiPlus/Gesellschaft/Materialien/Migrationstheorien.pdf+demographie+aktuell+lebhart+internationale+migration&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=at> (Stand 04.04.2008)

Leininger M., McFarland M. (2002), Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice (3rd ed.), Crawfordsville: R.R. Donnelley & Sons

Leininger M. (1998), Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Machleidt W. (2002), Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland, In: Der Nervenarzt, Jg. 73, Nr. 12, S. 1208-1212

Machleidt W. (2005), Migration, Integration und psychische Gesundheit, In: Psychiatrische Praxis, Nr. 32, S. 55-57

Maletzke G. (1996), Interkulturelle Kommunikation: Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Markovic M., Manderson L. & Kelaher M. (2002), The Health of Immigrant Women: Queensland Women From the Former Yugoslavia, In: Journal of Immigrant Health, Vol. 4, No. 1, p. 5-13

Özcan V., Seifert W. (2003), Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland, Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen, Wissenschaftszentrum Berlin und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Paikert V. (2000), Häusliche Pflege, Beratung als Dienstleistung, In: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 39, Nr. 4, Seite 301-305

Plasser F. (2005), „...bis die Patientin aufgab!“, In: Österreichische Pflegezeitschrift, Nr. 3, S. 14-17

Plymat K. (1996), The Relevance of Transcultural Nursing for Community Nursing Practice, In: Omeri A., Cameron-Traub E. (Ed.), Transcultural Nursing in Multicultural Australia, Australia: Royal College of Nursing, p. 77-84

Pochobradsky E., Habl C. & Schleicher B. (2002), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung IV/A/3 – Qualitätsmanagement und Gesundheitssystemforschung (Hrsg.), Wien: Kopierstelle des BMGFJ, Abrufbar im Internet: <http://www.bmgfj.gv.at> (Stand 15.5.2008)

Razum O., Geiger I., Zeeb H. & Ronellenfitsch U. (2004), Gesundheitsversorgung von Migranten, In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Nr. 43, S. 2882-2887

Richter E. A. (2001), Versorgung von Migranten, Mangel an kulturellem Verständnis, In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Nr. 51-52, S. 3421-3422

Reinprecht C. (1999), Ältere MigrantInnen in Wien, Empirische Studien zu Lebensplanung sozialer Integration und Altersplanung, Wien: Institut für Soziologie der Universität Wien

Reinprecht C. (2005), Ergebnisse der Befragung älterer MigrantInnen im Rahmen der Begleitforschung der EQUAL-Projekts „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen (IIS)“ (Unveröffentlichter Projektbericht), Wien: Wiener Sozialdienste, S. 52-76

Reinprecht C. (2006), Nach der Gastarbeit, Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Wien: Braumüller

Reinprecht C. & Gapp P. (2006), INVOLVE – Beteiligung von Drittstaatenangehörigen an freiwilligem Engagement als Mittel zur Integrationsförderung (Endbericht Österreich), Wien: Institut für Soziologie der Universität Wien

Salman R. (2000), Kulturspezifische Krankheitskonzepte, In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, S. 58-74, Abrufbar im Internet: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/handbuch-zum-interkulturellen-arbeiten.property=publicationFile.pdf> (Stand 14.01.2008)

Salman R. (2007), Kommunikation/Verständigung, Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums, In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesundheit und Integration, Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, S. 246-256

Schopf C., Naegele G. (2005), Alter und Migration – ein Überblick, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, Nr. 6, S. 384-395

Seidl E., & Walter I. (2006), „Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft“, Die Sicht der Pflegepersonen im Krankenhaus (Forschungsbericht), Wien: Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz

Simmons N., Brborovic O., Fimka T., Robie B. D., Bull D. L., Spasovski M. & Baker E. L. (2005), Public Health Capacity Building in Southeastern Europe: A Partnership Between the Open Society Institute and the Us Centers for Disease Control and Prevention, In: Journal of Public Health Management and Practice, Nr. 11 (4), S. 351-356

Schornböck H. (2008), Älter werden in einem fremden kulturellen Umfeld: ein Ratgeber zu Pflege und Betreuung im Alter für Menschen mit Migrationshintergrund, Wien: Eigenverlag Wiener Hilfswerk

Schröttner B. & Sprung A. (2003), Integration von MigrantInnen in der Steiermark, Interkulturelle Öffnung – Weiterbildung – Selbstorganisation (Arbeitspapier), Graz: Peripherie

Schütz B. (2004), Überblick über die strukturellen Rahmenbedingungen: Unterstützungen und Einschränkungen, In: Nationaler Kontaktpunkt Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk, „Der Einfluss von Immigration auf die österreichische Gesellschaft“, Eine Bestandsaufnahme der jüngsten österreichischen Forschungsliteratur, Österreichischer Beitrag im Rahmen der europaweiten Pilotstudie „The Impact of Immigration on Europe’s Societies“, S. 54-61, Abrufbar im Internet: <http://209.85.135.104/search?q=cache:LeOo0NM9y0UJ:www.auslaender.at/download/immigrationoesterreichstudie.pdf+der+einfluss+von+immigration+auf+die+%C3%B6sterreichsiche+gesellschaft&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=at> (Stand 04.04.2008)

Spallek J. & Razum O. (2007), Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention, In: Medizinische Klinik, Nr. 102 (6), S. 541-456

Statistik Austria (Hrsg.) (2007a), Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Bundesgesundheitsagentur

Statistik Austria (Hrsg.) (2007b), Volkszählung 2001, Textband, Die demographische, soziale und wirtschaftliche Struktur der österreichischen Bevölkerung, Wien: Verlag Österreich

Stofner C. (2006), Sprach- und Kulturmittlung bzw. Kommunaldolmetschen im Gesundheitsbereich (Unveröffentlichter Forschungsbericht), Wien

Ullrich B. (2002), Kultursensible Pflege älterer Migranten in der Einwanderungsgesellschaft, Ein Beitrag zur Qualitätsdiskussion in Pflegeeinrichtungen Teil 1, In: Magazin Stoma und Inkontinenz, Nr. 29, S. 23-26

Uzarewicz C. (2002), Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege Kurzbeschreibung, In: DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Abrufbar im Internet: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf (Stand 11.10.2007)

Uzarewicz C. (2005), Warum kultursensible Pflege?, In: Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ (Hrsg.), Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe, S. 7-18

Verein Zebra (Hrsg.) (2004), Exil und Gesundheit. Ein Praxishandbuch zur interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für MultiplikatorInnen und GesundheitsberaterInnen, Graz: Verein für Medienarbeit

Weilandt C., Rommel A., Raven U. (2003), Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V. Abrufbar im Internet: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB/I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/Gutachten_Migrantinnen.pdf

Wekker C., Lupaszko-Hizden T. (2004), Migranten – in der Pflege alles anders? Wie wir der „Sprachlosigkeit“ im Umgang mit ausländischen Patienten begegnen können, In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 43, Nr. 6 (04), S. 10-13

Welsch, W. (1995): Transkulturalität, in: Institut für Auslandsbeziehungen (Hrsg.): Migration und kultureller Wandel, Schwerpunktthema der Zeitschrift für Kulturaustausch, Jg. 45, S. 39 – 44, Abrufbar im Internet: www.forum-interkultur.net/fileadmin/userupload/pdf/27.pdf (Stand 04.04.08)

Wesselman E. (2000), In: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (Hrsg.), Muslime im Gesundheitswesen (Dokumentation der Fachtagung in Hannover), Hannover: Sponholtz, S. 14-17

Wimmer-Puchinger B., Wolf H., Engleder A. (2006), Migrantinnen im Gesundheitssystem, Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung, In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Nr. 49, S. 884-892

Yildirim-Fahlbusch Y. (2003), Türkische Migranten, Kulturelle Missverständnisse, In: Deutsches Ärzteblatt, PP, Nr. 5, S. 213-216

Zacharaki I. (2006), Die interkulturelle Herausforderung – Was meint, will und soll die Rede von der „Interkulturellen Öffnung?“, In: Interkulturelle Kompetenz – Methoden und Module einer Fortbildungsreihe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der U-25-Teams der Arbeitsgemeinschaft (ARGE), Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwanderfamilien (RAA) (Hrsg.), S. 8 - 12

Zellweger, J.-P. (2003), Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung, In: Schweizerisches Medizin-Forum, Nr. 24, S. 556-558

Zwicklhuber M. (Hrsg.) (2003), interkulturelles zusammenleben und integration als kommunalpolitische herausforderung, handbuch für die interkulturelle gemeindearbeit, Interkulturelles Zentrum, Wien: Rabas Druck

9 Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Wohnbevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit und Bundesland..... | 24 |
| Tabelle 2: Ausländische Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählter Staatsangehörigkeit und Bundesland..... | 26 |
| Tabelle 3: Ausländische Wohnbevölkerung 2001 mit Staatsangehörigkeit ehemaliges Jugoslawien nach Bundesland | 27 |
| Tabelle 4: Wohnbevölkerung 2001 mit Geburtsort ehemaliges Jugoslawien nach Alter | 29 |
| Tabelle 5: Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählten Umgangssprachen und Staatsangehörigkeit | 31 |

10 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Ausländische Wohnbevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit..... | 22 |
| Abbildung 2: Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewähltem Geburtsort und Staatsangehörigkeit | 23 |
| Abbildung 3: Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewähltem Geburtsort und Alter..... | 28 |
| Abbildung 4: Österreichische Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählter Staatsangehörigkeit über 15 Jahre nach Bildungsstand | 33 |
| Abbildung 5: Frauen und Männer der österreichischen Wohnbevölkerung 2001 nach ausgewählter Staatsangehörigkeit und Bildungsstand | 36 |
| Abbildung 6: Österreichische Wohnbevölkerung 2001 nach Religionsbekenntnis | 37 |
| Abbildung 7: Staatsangehörige des ehemaligen Jugoslawien 2001 nach Religionsbekenntnis | 38 |
| Abbildung 8: Determinanten für die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit | 40 |
| Abbildung 9: Österreichische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Haushaltsgröße..... | 59 |
| Abbildung 10: Österreichische Wohnbevölkerung nach subjektivem Gesundheitszustand..... | 62 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 11: Frauen und Männer der österreichischen Wohnbevölkerung nach Arztbesuchen in den letzten zwölf Monaten | 64 |
| Abbildung 12: Frauen und Männer der österreichischen Wohnbevölkerung nach Alter und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens | 71 |
| Abbildung 13: Ebenen der interkulturellen Kompetenz | 76 |
| Abbildung 14: Gesundheitsdienste im Migrationskontext..... | 79 |
| Abbildung 15: Prozess der interkulturellen Öffnung..... | 81 |
| Abbildung 16: Fünf zentrale Aspekte der Lebenslage älterer MigrantInnen in Wien. | 83 |
| Abbildung 17: Sunrise Modell von M. Leininger | 87 |

Anlagen

Anlage 1: Statistik Austria, Bevölkerung 2001 nach Religionsbekenntnis, Staatsangehörigkeit und Bundesländern, Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_2001_nach_religionsbekenntnis_staatsangehoerigkeit_und_bundesl_022895.pdf

Anlage 2: Lebenslauf

Bevölkerung 2001 nach Religionsbekenntnis, Staatsangehörigkeit und Bundesländern

| Religion | Burgenland | Kärnten | Nieder- österreich | Ober- österreich | Salzburg | Steiermark | Tirol | Vorarlberg | Wien |
|--|----------------|----------------|-----------------------|---------------------|----------------|------------------|----------------|----------------|------------------|
| Insgesamt | | | | | | | | | |
| Insgesamt | 277.569 | 559.404 | 1.545.804 | 1.376.797 | 515.327 | 1.183.303 | 673.504 | 351.095 | 1.550.123 |
| Römisch-katholisch | 220.512 | 432.011 | 1.226.411 | 1.093.624 | 383.486 | 961.630 | 561.680 | 273.978 | 762.089 |
| Griechisch-katholisch (uniert) | 29 | 74 | 285 | 170 | 95 | 145 | 105 | 50 | 900 |
| Evangelisch | 36.812 | 57.729 | 50.838 | 60.990 | 22.441 | 51.005 | 16.026 | 7.817 | 72.492 |
| Orthodox | 1.856 | 4.335 | 19.515 | 17.929 | 14.156 | 8.328 | 10.932 | 9.127 | 93.294 |
| Andere christliche (christlich orientierte) Gemeinschaften | 1.406 | 5.499 | 9.863 | 11.788 | 5.243 | 7.761 | 4.444 | 3.630 | 19.593 |
| Islamisch | 3.993 | 10.940 | 48.730 | 55.581 | 23.137 | 19.007 | 27.117 | 29.334 | 121.149 |
| Israelitisch | 33 | 56 | 399 | 216 | 125 | 161 | 99 | 63 | 6.988 |
| Gemeinschaften | 252 | 638 | 1.883 | 2.192 | 1.450 | 1.332 | 996 | 690 | 10.317 |
| Ohne Bekenntnis | 11.102 | 43.916 | 166.832 | 120.906 | 49.238 | 117.589 | 35.139 | 20.945 | 397.596 |
| Ohne Angabe | 1.574 | 4.206 | 21.048 | 13.401 | 15.956 | 16.345 | 16.966 | 5.461 | 65.705 |
| Österreich | | | | | | | | | |
| Zusammen | 265.005 | 527.333 | 1.451.770 | 1.277.180 | 454.807 | 1.129.791 | 609.860 | 304.395 | 1.301.859 |
| Römisch-katholisch | 215.595 | 421.291 | 1.204.846 | 1.070.085 | 370.549 | 943.406 | 543.683 | 264.616 | 719.546 |
| Griechisch-katholisch (uniert) | 11 | 45 | 129 | 79 | 33 | 79 | 32 | 16 | 631 |
| Evangelisch | 35.828 | 55.113 | 46.406 | 56.881 | 19.042 | 47.699 | 11.506 | 5.756 | 65.425 |
| Orthodox | 374 | 525 | 4.744 | 3.461 | 1.247 | 2.451 | 1.273 | 1.416 | 27.959 |
| Andere christliche (christlich orientierte) Gemeinschaften | 1.126 | 4.822 | 8.233 | 10.289 | 4.468 | 6.395 | 3.682 | 3.072 | 15.852 |
| Islamisch | 787 | 1.098 | 11.370 | 11.101 | 3.428 | 3.092 | 6.531 | 7.162 | 51.483 |
| Israelitisch | 27 | 32 | 278 | 105 | 92 | 103 | 61 | 47 | 5.367 |
| Gemeinschaften | 125 | 328 | 1.105 | 1.445 | 864 | 785 | 607 | 421 | 5.402 |
| Ohne Bekenntnis | 9.944 | 40.730 | 157.344 | 113.374 | 43.710 | 112.245 | 29.608 | 17.753 | 359.271 |
| Ohne Angabe | 1.188 | 3.349 | 17.315 | 10.360 | 11.374 | 13.536 | 12.877 | 4.136 | 50.923 |
| Nicht-Österreich | | | | | | | | | |
| Zusammen | 12.564 | 32.071 | 94.034 | 99.617 | 60.520 | 53.512 | 63.644 | 46.700 | 248.264 |
| Römisch-katholisch | 4.917 | 10.720 | 21.565 | 23.539 | 12.937 | 18.224 | 17.997 | 9.362 | 42.543 |
| Griechisch-katholisch (uniert) | 18 | 29 | 156 | 91 | 62 | 66 | 73 | 34 | 269 |
| Evangelisch | 984 | 2.616 | 4.432 | 4.109 | 3.399 | 3.306 | 4.520 | 2.061 | 7.067 |
| Orthodox | 1.482 | 3.810 | 14.771 | 14.468 | 12.909 | 5.877 | 9.659 | 7.711 | 65.335 |
| Andere christliche (christlich orientierte) Gemeinschaften | 280 | 677 | 1.630 | 1.499 | 775 | 1.366 | 762 | 558 | 3.741 |
| Islamisch | 3.206 | 9.842 | 37.360 | 44.480 | 19.709 | 15.915 | 20.586 | 22.172 | 69.666 |
| Israelitisch | 6 | 24 | 121 | 111 | 33 | 58 | 38 | 16 | 1.621 |
| Gemeinschaften | 127 | 310 | 778 | 747 | 586 | 547 | 389 | 269 | 4.915 |
| Ohne Bekenntnis | 1.158 | 3.186 | 9.488 | 7.532 | 5.528 | 5.344 | 5.531 | 3.192 | 38.325 |
| Ohne Angabe | 386 | 857 | 3.733 | 3.041 | 4.582 | 2.809 | 4.089 | 1.325 | 14.782 |

Q: STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 2001. Erstellt am: 01.06.2007.

LEBENS LAUF

Persönliche Angaben

Name: Herta Ziegelwanger
Geburtstag, Geburtsort: 03. Jänner 1975, Loich
Adresse: Obere Hauptstrasse 12/3
3071 Böheimkirchen



Familienstand: ledig

Schulische Ausbildung

1981 - 1985 Volksschule Loich
1985 - 1989 Hauptschule Kirchberg/Pielach
1989 - 1990 polytechn. Lehrgang Kirchberg/Pielach
2001 - 2003 Fachakademie Angewandte Informatik
2003 - 2004 Berufsreifeprüfung

Berufsausbildung

1990 - 1994 Chemielaborantenlehre
Teich AG, 3200 Obergrafendorf

Hochschulbildung

seit 2004 Studium der Pflegewissenschaften an der Universität Wien
Voraussichtlicher Studienabschluss 2008

Berufserfahrung

1994 - 1997 Chemielaborantin bei Teich AG
F & E – Labor

1997 - 2001 Sachbearbeitung und EDV-Administration bei
Dr. Bruno Lange GmbH., 3200 Obergrafendorf

2001 - 2002 Assistentin bei Ing. Mag. Alexander Achatz GmbH.,
2353 Guntramsdorf

2002 - 2004 Assistentin bei Control Management BeratungsgesmbH. &
Co Nfg. KG; 1050 Wien

seit 2004 Leitung EDV bei Schenker & Co AG, 3106 St. Pölten